



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**RENATA JANNING**

**O PERFIL DA ATENÇÃO A SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DA  
LINHA DE FRONTEIRA MERCOSUL**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL  
DEFENDIDO E APROVADO  
EM: 10 / 04 / 06

**Florianópolis  
2005/2**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**RENATA JANNING**

## **O PERFIL DA ATENÇÃO A SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DA LINHA DE FRONTEIRA MERCOSUL**

Trabalho de conclusão de Curso  
apresentado como requisito parcial  
para obtenção do título de Bacharel  
em Serviço Social, Centro Sócio-  
Econômico, Universidade Federal de  
Santa Catarina.

**Orientador: Vera Maria Ribeiro  
Nogueira**

**Florianópolis  
2005/2**

**RENATA JANNING**

## **O PERFIL DA ATENÇÃO A SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DA LINHA DE FRONTEIRA MERCOSUL**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel no Curso de Serviço Social, do Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal da Santa Catarina.

### **BANCA EXAMINADORA**



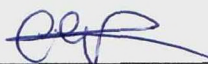
Orientador

**Vera Maria Nogueira Ribeiro**



1º Examinador

**Rosane S. May Rodrigues Pereima**



2º Examinador

**Cleci Elisa Albiero**

**Florianópolis, abril, 2006.**

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pelo dom da vida e pela graça de concluir mais uma etapa de minha vida.

Aos meus pais, Roberto e Noélia, pelo amor e dedicação.

As minhas irmãs e irmãos, cunhados e cunhadas, pela força de sempre.

As minhas amigas de curso Viviane, Andréa, Franciny e Carini pelo convívio, risos, desespero e conforto nas horas difíceis.

A professora Vera Maria Ribeiro Nogueira, pela orientação e compreensão neste trabalho.

A Sabrina Fermiano pela disponibilidade e força nas horas que precisei de sua ajuda.

Enfim, a todos que eu amo, que contribuíram para realização deste trabalho e que acreditaram em meu potencial.



## **RESUMO**

O presente trabalho de conclusão de curso tem por intuito caracterizar os municípios da linha de fronteira entre o Brasil e os demais países do Mercosul, evidenciando o cenário onde ocorrem os processos de inclusão e exclusão dos estrangeiros ao sistema nacional de saúde. Buscou-se destacar um panorama que apontasse a situação social e sanitária da região pesquisada. Como ponto inicial realizou-se um resgate sobre a política nacional de saúde, identificando também as modificações que ocorreram a partir da descentralização do sistema de saúde com a Norma Operacional Básica (NOB) e a Norma Operacional Básica da Assistência Social (NOAS). O caminho metodológico utilizado foi o da pesquisa documental em bancos de dados reconhecidos pela confiabilidade através de meio eletrônico. Realizou-se uma pesquisa sobre o perfil dos vinte e seis municípios que se destacaram como áreas de trânsito interfronteiras através dos indicadores demográficos, socioeconômicos e de recursos e coberturas, mostrando as taxas de natalidade, mortalidade, nascidos vivos, saneamento básico, entre outros. Estes dados podem contribuir para o aprimoramento das fontes de informação e construção de uma proposta de análise da situação de saúde nestes municípios.

**Palavras—chave:** Mercosul, fronteira, saúde, integração regional.

## **LISTA DE SIGLAS**

GPAB – Gestão Plena de Atenção

GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal

GPABA – Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LOS – Lei Orgânica da Saúde

Mercosul – Mercado Comum do Sul

MIN – Ministério da Integração Nacional

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica de Saúde

NOAS – Norma Operacional Básica de Assistência Social

PACS – Programas de Agentes Comunitários

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Gráfico 1</b> - Estado .....	30
<b>Gráfico 2</b> - Tipo de fronteira .....	36
<b>Gráfico 3</b> - População urbana .....	38
<b>Gráfico 4</b> – População rural .....	38
<b>Gráfico 5</b> – Natalidade .....	39
<b>Gráfico 6</b> - População maior de 60 anos .....	40
<b>Gráfico 7</b> - População menor de 5 anos .....	41
<b>Gráfico 8</b> - Mortalidade .....	42
<b>Gráfico 9</b> - Mortalidade infantil menores de 1 ano .....	43
<b>Gráfico 10</b> - Mortalidade materna .....	43
<b>Gráfico 11</b> - Analfabetismo .....	44
<b>Gráfico 12</b> - PIB per capta .....	45
<b>Gráfico 13</b> - Cobertura rede de água .....	46
<b>Gráfico 14</b> - Cobertura rede de esgoto .....	46
<b>Gráfico 15</b> - Número de unidades públicas de saúde .....	47
<b>Gráfico 16</b> - Leitos hospitalares .....	48

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>1 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE – UM BREVE RESGATE .....</b>	<b>10</b>
<b>2 FEDERALIZAÇÃO, DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>3 NOB E NOAS – INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO .....</b>	<b>18</b>
<b>4 UMA APROXIMAÇÃO AO MUNDO DA FRONTEIRA .....</b>	<b>22</b>
<b>5 INDICADORES SOCIAIS .....</b>	<b>26</b>
<b>6 PERFIL DOS MUNICÍPIOS NA LINHA DE FRONTEIRA .....</b>	<b>30</b>
<b>6.1 Indicadores demográficos .....</b>	<b>36</b>
<b>6.2 Indicadores de saúde .....</b>	<b>41</b>
<b>6.3 Rede instalada .....</b>	<b>47</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>52</b>



## INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso vem complementar estudos anteriores realizados pelo Núcleo de Estudos Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas da Universidade Federal de Santa Catarina sobre o trânsito interfronteiras de estrangeiros que vem buscar ações e serviços de saúde nos municípios brasileiros da linha de fronteira entre Brasil e países do Mercosul.

Tem como objetivo delinear um perfil dos municípios da linha de fronteira nas suas dimensões históricas, sociais, culturais, econômicas e políticas, situando-se como o desdobramento de um dos objetivos do projeto de pesquisa da Professora Vera Maria Ribeiro Nogueira, intitulado “Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde (NOGUEIRA, 2003). Nessa perspectiva assume a forma de um relatório de pesquisa.

Entendendo o Mercosul, como uma estratégia de integração regional entre os países da América do Sul, sendo um de seus objetivos a livre circulação de bens e serviços, o setor econômico vem sendo privilegiado em detrimento do setor social.

Na área da saúde, um setor complexo por excelência, as dificuldades de integração se acentuam. Os países integrantes do Mercosul possuem políticas de saúde e de organização dos sistemas de saúde, tanto financeiro quanto humano, diferentes. Com a integração entre os países e, principalmente devido ao empobrecimento da população decorrente da implementação das políticas econômicas de ajustes estruturais, ocorreu uma intensificação do fluxo de pessoas e produtos repercutindo diretamente nas cidades fronteiriças, trazendo um aumento da demanda para a saúde fazendo com que as pessoas procurem os serviços no Brasil ocasionando uma sobrecarga nos serviços de saúde, que também apresentam-se bastante deficitários.

Essa busca por serviços de saúde por populações dos países vizinhos é consequência do dinamismo existente nas fronteiras. A saúde é um componente fundamental da democracia e cidadania composta por um conjunto de bens relacionados à qualidade de vida, porém verifica-se que o acesso à saúde dos cidadãos denota situações de exclusão de grande parcela da população.



Estudar os serviços de saúde nos municípios de fronteira implica num conhecimento dos mesmos trazendo uma contribuição para planejar e fortalecer estratégias de atenção à saúde e estimulando também um debate de políticas públicas que aportem uma maior contribuição ao bem-estar da população que neles vivem, pois a realidade de saúde da população está diretamente ligada ao atendimento de suas necessidades básicas.

A referencia teórica inicial foi a retomada histórica da política nacional de saúde no Brasil, desde o modelo agroexportador até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que trata das condições para promoção, proteção e recuperação da saúde. O SUS trouxe modificações nas competências do governo Federal, Estadual e Municipal que passaram a ser responsáveis pela gestão dos serviços de saúde.

Com a Constituição de 1988 a saúde passa a ser definida como resultante das políticas econômicas e sociais sendo um direito do cidadão e um dever do Estado, trazendo a descentralização dos recursos tributários e do poder político envolvendo transferência de serviços e responsabilidades da esfera federal para a estadual e municipal. Através das Leis 8080 e 8142, complementadas pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) e das Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS), os municípios passam a ser responsáveis pelo atendimento das necessidades de saúde de sua população, ou seja, pela garantia do direito universal a saúde.

Tendo em vista o tema do trabalho, realizou-se um estudo sobre fronteira procurando abordar conceitos e características em relação aos municípios pertencentes nesta faixa. A ocupação da faixa de fronteira é definida e regulamentada por instrumentos legais, sejam eles a Lei 6.634, de 02 de maio de 1979 e o Decreto 85.064 de 26 de agosto de 1980, considerando a faixa de fronteira uma área de Segurança Nacional.

Geograficamente fronteira serve para separar territórios e definir até onde vai a área territorial de um país. Embora ainda permaneça a concepção de área de segurança, controle e proteção, não é mais possível estudar fronteira objetivando o limite entre nações, pois ao mesmo tempo em que ela divide, ela aproxima, ou seja, ao mesmo tempo em que existe uma situação de diferença ocorre também uma integração. Dessa forma as diferenças são deixadas de lado principalmente no campo das políticas sociais, diferenças de língua e cultura convivem com sistemas sócio-políticos distintos.

Para a realização da pesquisa foram utilizados alguns indicadores sociais, apresentando-se uma breve revisão sobre os mesmos. Procurou-se utilizar alguns conceitos básicos já que estes são de grande valia para a área da saúde, sendo utilizados para avaliar o estado de saúde da população e para a tomada de decisões e ações de saúde. A coleta das informações necessárias para atingir os objetivos propostos foi realizada em bancos de dados oficiais disponíveis e, portanto, considerados confiáveis.

A coleta de dados referente aos municípios foi realizada através do meio eletrônico e foram pesquisados 26 municípios com intuito de realizar um conhecimento dos mesmos. A análise teve como foco os municípios brasileiros da região sul, situados na linha de fronteira com os países do Mercosul, que possuem mais de 10.000 habitantes, ou pelo fluxo de estrangeiros ou ainda que possuam algum aspecto particular referente à harmonização dos sistemas de saúde.



## 1 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE – UM BREVE RESGATE HISTÓRICO

A política de saúde, enquanto política social sofreu profundas crises, configurando-se de acordo com a economia do país, atendendo em primeiro lugar aos interesses da iniciativa privada.

No século XIX até a década de 1960 o modelo agroexportador dominava a economia brasileira, exigindo uma política de saneamento nos espaços de circulação de mercadorias e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação (ALMEIDA, CHIORO, ZIONI, 1995). O modelo hegemônico de saúde, o sanitarismo campanhista era privilegiado pela legislação da década de 1920, visava o combate a doenças de massa, através de estruturas verticalizadas e estilo repressivo de intervenção e execução de suas atividades sobre a comunidade e as cidades, preocupando-se com políticas de controle das doenças epidêmicas do espaço urbano. As questões de saúde individual nesta década eram de responsabilidade pessoal e os serviços médicos de profissionais liberais eram os únicos disponíveis para a população.

Com o fim do modelo econômico agroexportador e o início do processo de industrialização surge em 1923 o primeiro seguro saúde nacional privado – as CAP's (Caixa de Aposentadoria e Pensões). As CAP's eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresários e trabalhadores, tendo como objetivo a prestação de assistência médica e a fabricação de medicamentos com preços especiais além de aposentadorias e pensões.

A assistência médica, nos anos 20, era atribuição central e obrigatória das CAP'S, porém a maioria da população, tanto a que residia na área rural como a que não trabalhava em empresas permanecia excluída do acesso aos serviços de saúde.

Já no período dos IAP'S (Instituto de Aposentadoria e Pensões), que teve início a partir do Estado Novo de Getúlio Vargas, a assistência médica assume um caráter secundário, objetivando a contenção de gastos, num regime de capitalização. Os IAP'S eram organizados por categorias profissionais e não mais por empresas como eram nas CAP'S.



Em 1942 ocorre a criação da Fundação SESP (Serviços Especiais de Saúde Pública), caracterizando-se como um grande marco das ações de saúde pública. A SESP atendia a população carente, trabalhando com medicina preventiva e investindo na educação sanitária e em campanhas contra a proliferação de epidemias. Ocorre um crescimento das ações de saúde pública sendo criado em 1953 o Ministério da Saúde.

A industrialização acelerada vivida pelo país a partir da década de 1950, faz com que ocorra um crescimento da atenção médica através dos Institutos de Aposentadoria e Pensão. O modelo sanitarista campanhista, responsável por sanear os espaços de circulação de mercadorias, não respondia mais às necessidades da economia industrializada, ocorrendo então a confirmação do modelo médico-assistencial privatista.

Em 1966 os IAP'S são substituídos pelo Instituto de Previdência Social (INPS), uniformizando benefícios que eram bastante diferenciados (MENDES,1995) Porém, ao mesmo tempo em que se ampliava a cobertura, ocorriam ainda desigualdades quanto ao acesso, a qualidade e a quantidade de serviços destinados as populações urbanas e rurais e entre diferentes clientelas (CHIORO, ALMEIDA, ZIONI, 1995).

Em 1977 cria-se o SINPAS (Sistema Nacional da Previdência Social), esse modelo médico de acordo com Mendes (1995, p.25):

[...] se acentua num tripé: o Estado como grande financiador do sistema através da Previdência Social; o setor privado nacional como maior prestador de serviços de atenção médica; o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos.

O SINPAS apresentou problemas graves, já na década de 1970, devido a crises financeiras, exclusão de grandes parcelas da população, piora no quadro econômico e pela abertura política.

Em 1978 houve a necessidade de se expandir à atenção médica para as populações excluídas, desenvolvendo-se uma proposta de atenção primária seletiva, com recursos marginais para populações marginais, com tecnologias baratas e simples, pessoal com baixa qualificação e desarticulada de um sistema hierarquizado e resolutivo (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 1995, p. 26).



O fim da década de 1970 e início da década de 1980 são marcados, segundo Noronha e Levcovitz (1995, p.78) pela:

Progressiva, porém significativa, incorporação de segmentos populacionais à previdência social e, em especial, ao sistema de assistência médico-hospitalar dela dependente, conformando, desde este período, uma tendência universalizante trazida à paulatina redução das barreiras burocráticas de acesso aos serviços de saúde, e no conseqüente crescimento quantitativo da oferta de serviços e da instalação de unidades assistenciais.

Ocorre no final da década de 1970, liderado por profissionais da área da saúde, o início do movimento sanitário, denunciando os efeitos do modelo econômico no país e apresentando propostas de transformação do sistema de saúde vigente.

Durante a década de 1980 o movimento sanitário ganha forças e adquire novos adeptos. Em 1986 é realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, que se caracteriza por seu caráter democrático devido a participação de vários segmentos da sociedade, aprovando-se o projeto da Reforma Sanitária, evidenciando três aspectos centrais: definição de um conceito mais abrangente de saúde, a saúde como direito de cidadania e dever do Estado e a reformulação de um Sistema Único de Saúde.

De acordo com Mendes (1995, p. 42), a Reforma Sanitária pode ser conceituada como:

Um processo modernizador e democratizante nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob a regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema.

Após a VIII Conferência Nacional de Saúde, a definição de saúde passou a ser:

Em sentido mais abrangente, a saúde é o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes

desigualdades nos níveis de vida. (ANAIS DA CONFERÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1976, p.199).

Em 1987 é implantado o SUDS (Sistema Descentralizado de Saúde), com princípios que incorporam a reforma sanitária como universalização, integralidade da atenção, democratização e hierarquização, etc e, em 1988 a nova Constituição Federal aprova algumas propostas da Reforma Sanitária e a saúde passa a ser definida como resultante de políticas econômicas e sociais e concebida como direito do cidadão e dever do Estado, cujas ações devem ser desenvolvidas de forma descentralizada através da instituição de um Sistema Único de Saúde (SUS) (RIZZOTTI; PASTOR, 2004, p. 145).

A saúde consagra-se, portanto como produto social universal, composta pelo conjunto de bens relacionados à qualidade de vida, sendo incluída no capítulo da Seguridade Social juntamente com a Previdência e a Assistência Social. Porém somente em 1990 com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) são definidos os princípios que regulamentam os SUS, no qual pode-se destacar: a equidade, considerando todos cidadãos iguais; a universalidade, prestando atendimento a todos que necessitam dos serviços de saúde e a integralidade, os indivíduos são seres integrais e não um conjunto de partes, sendo a saúde trabalhada com ações voltadas para a cura e para a prevenção de doenças.

Os serviços de saúde prestados pelo SUS, através dos centros de saúde, unidades ambulatoriais e hospitais, visam a equidade no atendimento à população no sentido da prevenção, promoção e recuperação da saúde, independente do poder aquisitivo do cidadão.

Para os fins do presente estudo, importa aprofundar três aspectos que incidem diretamente no atual modelo de atenção à saúde, ou seja, a federalização, a descentralização e a municipalização, alterando a estrutura verticalizada que era característica das políticas sociais no Brasil.



## 2 FEDERALIZAÇÃO, DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO

O federalismo no Brasil, enquanto instituição teve diferentes formatos construídos ao longo da nossa história. Arranjos políticos e institucionais se refletiram de acordo com cada uma das Constituições brasileiras.

A primeira Constituição da república promulgada em 1891 traçou uma Federação isolada com baixa ligação entre os níveis de governo. A Federação brasileira era descentralizada havendo participação das esferas subnacionais nos recursos públicos nacionais.

Em 1934 é promulgada uma nova constituição delegando ao governo federal a competência para regular as relações fiscais externas e entre os estados.

Na Constituição de 1946 predominavam ideais liberais desprezando a intervenção do governo federal na economia. Os recursos são centralizados na esfera federal, sendo que as transferências aos municípios, que passam a ter um volume ampliado na receita reduzindo a dependência aos estados, eram controladas pelo governo federal.

O regime militar em 1964 faz com que ocorra transformações na Federação refletindo nos três níveis do governo. As relações intergovernamentais eram próximas de características de um estado unitário e não de características de federações. Com a Constituição de 1967 houve a centralização dos recursos públicos e do poder político. Os recursos eram distribuídos através dos fundos de participação e via transferências negociadas.

As políticas de saúde, de cunho médico-previdenciário, também eram realizadas de modo centralizado financeiramente e administrativamente através do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e de programas verticais do Ministério da Saúde.

Com a Constituição de 1988 o federalismo no Brasil teve uma grande mudança no que se refere principalmente ao aspecto fiscal e político. A participação do governo federal na receita pública diminui e aumentam as receitas subnacionais e a autoridade

política de governadores e prefeitos passam a derivar do voto popular direto e não mais do governo central. Conforme Arretche ( 1999, p. 114):

No Brasil pós-1988, a autoridade política de cada nível do governo é soberana e independente das demais. Diferentemente de outros países, os municípios brasileiros foram declarados entes federativos, o que implica que um prefeito é autoridade soberana em sua circunscrição.

Desse modo o federalismo incorpora vários centros de poder às cenas políticas e decisórias, no qual esses centros de poder passam a ter acesso ao processo decisório nacional. Conforme Arretche (2004, p.20) :

As relações verticais na federação brasileira do governo federal com estados e municípios e dos governos estaduais com seus respectivos municípios, são caracterizados pela independência, pois são entes federativos autônomos. Em tese, as garantias constitucionais do Estado Federativo permitem que os governos locais estabeleçam sua própria agenda na área social.

Apesar dos Estados passarem a ser centros de poder o governo federal não deixou de ser um agente ativo mantendo a tradição de reter grande parte do monopólio legislativo na esfera federal, limitando a capacidade das esferas subnacionais de adotarem políticas próprias, sendo isto um dos paradoxos do federalismo brasileiro.

O federalismo apresenta-se como um mecanismo de negociação política que coloca em ordem as diferenças regionais, caracterizando-se ainda atualmente, segundo Souza (2001) por uma federação que forma o centro e redireciona para os governos subnacionais o papel de promotor dos serviços sociais.

A promulgação da Constituição de 1988 no Brasil trouxe a descentralização de recursos tributários e do poder político no qual o Estado passa a ser o responsável pelas políticas econômicas e sociais.

De acordo com Viana, Lima e Oliveira (2002, p.498):

Reformularam-se os papéis e funções dos entes governamentais na oferta de serviços, na gerência das unidades e na gestão do sistema de saúde. Adotaram-se novos critérios de alocação e transferência de recursos e criaram-se novas instancias colegiadas de negociação, integração e decisão, envolvendo a participação dos gestores, prestadores, profissionais de saúde e usuários, através dos Conselhos de Saúde nos diferentes níveis do governo e das Comissões Intergestores Tripartite e



Bipartite, de caráter mais especializado e restrito, envolvendo a participação dos gestores da política nos planos federal, estadual e municipal.

Segundo a tradição francesa, a descentralização pode ser considerada como um processo de transferência de poderes de uma autoridade central à outra, sendo considerada como um fato acima de tudo político, de redistribuição de poder, inscrevendo-se numa arena política (MENDES, 1995).

O processo de descentralização da saúde no Brasil envolve a transferência de serviços e responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal, ou seja, milhares de gestores passam a se constituir como atores fundamentais no campo da saúde (LEVCOVTZ; LIMA; MACHADO, 2001). Dessa forma ocorre a substituição de um modelo centralizado por um sistema no qual torna-se competência dos municípios a gestão de programas de saúde pública e atenção básica, além de regular a rede hospitalar. Portanto, o poder público municipal passa a ser responsável pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu município (ARRETCHE; MARQUES, 2002).

No que diz respeito à área da saúde, Mendes (1995, p. 112) ressalta que “na saúde, parece ser cada vez mais consensual a importância da descentralização, se se pretende estruturar sistemas de saúde eficazes, eficientes, equânimes e democráticos”.

A descentralização proposta no projeto da Reforma Sanitária, atuaria de forma eficiente, democrática e equalizadora do sistema de saúde, sendo um instrumento de participação social com uma redistribuição dos poderes técnico, administrativo e político, no qual as pessoas se tornam sujeitos desse processo. Com os programas de descentralização e as regulações derivadas das Normas Operacionais Básicas, muitos municípios se habilitaram em alguma gestão do SUS, estando preparados para assumir a gestão dos serviços de saúde. A municipalização foi um dos elementos centrais na agenda de reformas do governo federal na década de 1990.

[...] a municipalização dos serviços implicava um processo de reestruturação da estrutura nacional de organização dos serviços, cuja principal consequência seria a transferência de atividades até então desempenhadas pelo nível federal para os municípios. O novo modelo estaria assentado na separação entre o financiamento e provisão de



recursos, ficando o financiamento a cargo das três esferas de governo e a provisão dos serviços a cargo dos municípios (ARRETCHE, 2002, p. 41).

Os critérios utilizados para a transferência de responsabilidades e recursos para os estados e municípios foram estabelecidos através da criação das Normas Operacionais do SUS, detalhando o texto constitucional e o artigo 35 da Lei 8080. Estas se tornaram um importante instrumento para o processo de descentralização das políticas de saúde no qual descrevemos a seguir.

### **3 NOB E NOAS – INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO**

O processo de descentralização na área da saúde foi impulsionado pela edição das Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS. Estas são normatizações ministeriais, elaboradas de forma pactuada entre os três níveis de governo. De acordo com Viana, Lima e Oliveira (2002) as NOBs são instrumentos de regulamentação do sistema de saúde e, além disso:

[...] as referidas normas definem a forma de transferência de recursos interinstancias de governo e as modalidades de pagamento dos serviços de saúde, além de instruírem o processo de descentralização e de construção de uma rede de serviços capaz de operar com racionalidade sistêmica. (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002, p.498)

Seguindo ainda o pensamento de Viana, Lima e Oliveira (2002, p.499), podemos destacar que as NOBs:

[...] configuram outros espaços de negociação e de pactuação de interesses na área da saúde originando novos ordenamentos, além da emergência e do fortalecimento de novos atores, através da incorporação de inúmeros centros de poder na arena decisória política.

Ambas as NOBs (NOB-91, NOB-93 e NOB-96), editadas na década de 90, tratam acima de tudo dos aspectos relacionados à divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios mediante a criação dos fundos municipais e estaduais de saúde.

A NOB-96, se diferenciou das demais por ampliar funções executadas pelos Estados, definindo critérios para transferências de recursos de forma a alterar o conceito de saúde, ou seja, favorecendo o desenvolvimento de programas de prevenção e promoção de saúde e não mais unicamente ações curativas. Foi essa normatização que permitiu a substituição do mecanismo de pagamento por serviços prestados na área da saúde, concorrendo dessa maneira para a perpetuação do modelo médico-centrado.



Esta norma operacional concedeu condições para o aumento do processo de municipalização da gestão do sistema de saúde e, além disso, os municípios passam a receber em seu fundo municipal de saúde os recursos federais por programas, assumindo as responsabilidades sobre o conjunto de ações e serviços no âmbito de seu território, sendo a maioria dos municípios habilitada nesta NOB. As transferências de recursos favoreceram maior autonomia ao gestor municipal.

A NOB-96 tem como objetivos gerais de acordo com Levcovitz, Lima e Machado (2001, p.278 - 279):

- Promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder Público municipal, da função de gestor da atenção a saúde de seus habitantes com a respectiva redefinição das responsabilidades dos setores, do Distrito Federal e da União;
- Caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor na prestação de ações e serviços ou na garantia da referência, explicitando um novo pacto federativo para a saúde;
- Reorganizar o modelo assistencial, passando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde;
- Aumentar a participação percentual da transferência regular e automática (“fundo a fundo”) dos recursos federais e municipais e implementar esta modalidade de transferência aos estados, reduzindo a transferência por remuneração de serviços produzidos;
- Fortalecer a gestão do SUS, compartilhada entre os governos municipais, estaduais e federal, através da CITs e CIBs, como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores;
- Estabelecer vínculo entre o cidadão e o SUS, conferindo visibilidade quanto à autoridade responsável pela sua saúde, provendo o cadastramento e adscrição da clientela.

A partir da NOB-96 são criadas para os municípios duas modalidades de gestão: Gestão Plena de Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), no qual são consideradas as realidades dos municípios onde estes são enquadrados de acordo com sua capacidade de gestão e complexidade da rede de saúde no seu âmbito.

Os municípios de GPAB são responsáveis pelos serviços de atenção básica como clínica geral, pediatria, gineco-obstetrícia. Com relação aos municípios de GPSM além de prestarem todos os serviços de saúde de atenção básica, prestam serviços de atenção de média e alta complexidade de saúde.



A NOB-96 incentivou também a organização dos Programas de Agente Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF), sendo estes parte de um conjunto de iniciativas que tem por objetivo a Atenção Básica.

Com a publicação das NOBs os municípios tornam-se diretamente responsáveis pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde de sua população e das exigências e intervenções saneadoras de seu território.

No final da década de 90 começa a se destacar a questão da descentralização com ênfase na regionalização, ocorrendo então a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001). Esta portaria, proposta pelo Ministério da Saúde, tem como finalidade aprofundar o processo de regionalização com o objetivo de “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2001).

De acordo com Viana, Lima e Oliveira (2001, p.505):

A atual regulação presente na NOAS tende a destacar o papel da instância estadual no processo de regionalização da assistência à saúde – tanto nos aspectos relativos ao planejamento, programação e controle, como nos investimentos que se façam necessários - ressaltando a importância de um processo de descentralização da gestão do sistema de saúde para os municípios habilitados na gestão plena, respaldado por uma definição clara de responsabilidades e atrelado à real capacidade de oferta destes municípios.

A NOAS estimula o fortalecimento do papel das Secretarias Municipais de Saúde, no qual estas assumem a coordenação do processo de regionalização da assistência que irá acarretar na organização de sistemas microrregionais de saúde, na qual municípios pólos de microrregiões de saúde deverão ofertar ações de média e alta complexidade para todos os municípios que compõem um módulo. Portanto a NOAS propõe a construção de sistemas de serviços que ultrapassem os limites territoriais dos municípios alcançando a integralidade do cuidado da saúde.

Na organização da assistência à saúde a NOAS estabelece, portanto dois níveis de atenção básica, cuja referência é o grau de complexidade existente nos municípios: a atenção básica ampliada, organizada no espaço de um módulo assistencial, e a atenção

integral a saúde, composta por um conjunto de módulos integrados em uma microrregião de saúde.

No módulo assistencial incluem-se os serviços de laboratório, radiologia simples, unidade de saúde obstétrica, psicologia, fisioterapia, ações de odontologia especializada, leitos hospitalares nas especialidades básicas, respondendo, portanto pela atenção básica e pela atenção mínima da média complexidade. Com referência as ações de média e alta complexidade, esses serviços geralmente se concentram no município pólo da microrregião.

Os módulos assistenciais podem ser constituídos por um ou mais municípios devendo garantir no âmbito microrregional o acesso às ações de saúde, que nem sempre estão disponíveis em todos os municípios, necessárias a todos os cidadãos com algum tipo de problema de saúde.

Os municípios com o processo de regionalização, objetivado pela NOAS-2001 tornam-se responsáveis pela garantia do acesso à população a todos os níveis de atenção necessários para a recuperação da saúde.



## 4 UMA APROXIMAÇÃO AO MUNDO DA FRONTEIRA

A palavra fronteira, em sua origem histórica, não estava associada a qualquer conceito político ou intelectual e podia ser definida como ‘aquilo que está à frente’, possuindo um sentido de começo do estado. Com o desenvolvimento das civilizações as fronteiras passaram ter um caráter político, tornando-se lugares de comunicação e troca, uma zona de contato entre dois ou mais países, o encontro entre sistemas sócio-políticos diferentes.

Os municípios de fronteira no Brasil são identificados através da faixa de fronteira, conforme a Constituição do Brasil de 1988 que estabelece a área de cento e cinquenta quilômetros de largura, paralela à linha divisória terrestre do território nacional, estando associada aos limites territoriais do poder do Estado (capítulo II, art. 20, alínea XI, parágrafo II), sendo caracterizadas por interações internacionais (BRASIL. Ministério da Integração Nacional, 2005).

A faixa de fronteira pode ser dividida em três grandes Arcos: o Arco Norte, o Arco Central e o Arco Sul, no qual 71 municípios pertencem ao Arco Norte, 99 municípios pertencem ao Arco Central e 418 municípios pertencem ao Arco Sul, totalizando 588 municípios localizados nesta faixa, com diferente situação geográfica, diferenças na língua, na cultura e perfis variados nos aspectos populacionais e de infra-estrutura<sup>1</sup>.

O Arco Norte corresponde à faixa de fronteira dos estados do Amapá, Pará, Amazonas, Roraima e Acre, sendo os dois últimos totalmente incluídos na faixa de fronteira. A faixa de fronteira Norte possui em seu território grandes áreas de reserva e uma identidade territorial com predomínio ético-cultural indígena, apesar do fluxo imigratório vindo de outras regiões, particularmente a nordestina. A pesca, o extrativismo vegetal e o cultivo da mandioca são os meios de subsistência de grande parte das sub-regiões pertencentes a este arco, porém estas atividades constituem apenas uma identidade produtiva, pois o valor de produção está mesmo ligado à mineração da bauxita e a silvicultura. Fazem parte deste Arco as sub-regiões de: Oiapoque-Tumucumaque, Campos

---

<sup>1</sup> Os tópicos seguintes foram retirados da publicação do Ministério da Integração Regional intitulada Proposta de reestruturação do programa de desenvolvimento da faixa de fronteira



do Rio Branco, Parima-Alto Rio Negro, Alto Solimões, Alto Juruá e Vale do Acre-Alto Purus.

O Arco Central corresponde à faixa de fronteira dos estados de Rondônia, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Este Arco possui uma grande diversidade cultural, pois constitui-se da área de transição entre o Arco Sul e o Arco Norte com descendentes de imigrantes (principalmente italianos e alemães), e indígenas amazônicos, além de uma grande área cultural pantaneiro (sucessão das áreas do Chaco boliviano e paraguaio). Seu sistema produtivo constitui-se de 04 modelos: o primeiro modelo é o de frentes pioneiras com pequenos e grandes produtores rurais, sendo os pequenos com produção agrícola de baixo valor e os grandes com gado de corte; o segundo modelo é o pantaneiro com grandes propriedades de gado de corte; no terceiro modelo, introduzido pelos colonos sulistas ou gaúchos, a identidade cultural é a soja e, finalmente, o quarto modelo é o industrial-comercial, vinculado ao anterior este modelo reúne pequenas e médias cidades com redes de firmas comerciais. Pertencem a este Arco as sub-regiões de: Madeira-Marmaré, Fronteira do Guaporé, Chapada dos Parecis, Alto Paraguai, Pantanal, Botoquena, Dourados e Cone Sul-mato-grossense.

O Arco Sul corresponde à fronteira dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, pertencentes ao Mercosul. A cultura européia faz parte desse Arco, porém há também um domínio da cultura gaúcha e suas raízes lusas e indígenas e a contribuição do migrante nordestino e de outras nacionalidades. Possui diversidade na base produtiva com pequenas e médias propriedades que se empenham na criação de aves e suínos, no cultivo de milho e na fruticultura, além do cultivo de soja. Este Arco é composto por 418 municípios no qual 10 estão localizados na fronteira com o Uruguai, 38 na fronteira com a Argentina e 09 na fronteira com o Paraguai, realizando a comunicação através de pontes e estradas e sendo classificados por três sub-regiões: a sub-região Portal do Paraná, a sub-região Vales Coloniais Sulinos e a sub-região Fronteira da Metade Sul do Rio Grande do Sul.

A Sub-região Portal do Paraná situa-se no Noroeste do Estado, se diferenciando das outras devido a sua base produtiva e por sua identidade cultural, marcada pela grande quantidade migratória extra-regional. A agroindústria é a principal atividade produtiva desta sub-região, desenvolvendo o cultivo e a industrialização da cana-de-açúcar, a cotonicultura e a cadeia produtiva de mandioca.



Na Sub-região Vales Coloniais Sulinos a agroindústria também se destaca como atividade produtiva, no qual os segmentos do Sudoeste Paranaense e do Noroeste do Rio Grande do Sul possuem uma especialização produtiva na cultura de grãos com destaque a soja. No Noroeste do Rio Grande do Sul juntamente com o Oeste de Santa Catarina, ocorre a fruticultura, com destaque no cultivo de laranja e uva.

A indústria de transformação de produtos agrícolas é bastante diversificada nesta sub-região, com indústrias de óleos e gorduras, amidos, torrefação e moagem de café, e de produtos alimentares, localizadas no Sudoeste Paranaense; indústria de conservas e bebidas, localizadas no segmento Noroeste do Rio Grande do Sul e indústrias de fumo, localizadas no Oeste Catarinense.

Nesta sub-região grande parte da população está concentrada nas áreas urbanas, porém nos segmentos Noroeste Riograndense e Oeste Catarinense ocorre ainda uma relativa concentração da população economicamente ativa nas áreas rurais, predominando o trabalho familiar na agricultura.

Na sub-região da Fronteira da Metade Sul do Rio Grande do Sul, verifica-se um acentuado grau de urbanização, os municípios são extensos e mantendo importantes centros médicos, situados ao longo do limite internacional. Destacam-se como base produtiva a bovinocultura de corte, a ovinocultura e a rizicultura, atividades estas voltadas para o abastecimento do mercado nacional e para a exportação. A indústria têxtil se destaca com o beneficiamento de fibras têxteis e a produção de tecidos e artigos de malha. Com referência a produção agrícola ocorre o predomínio da fruticultura e lavouras temporárias e a produção de grãos. Na indústria de transformação da produção agrícola destacam-se as indústrias de amidos, de produtos alimentares, bebidas e conservas. Ocorre também nesta sub-região um aproveitamento do potencial logístico e integração com países vizinhos, com pontos de entrada e saída de mercadorias, ampliando-se a competitividade de produtos sub-regionais nos países do Mercosul.

Os estados pertencentes ao Arco Sul possuem grande interação com os países vizinhos e intensos laços comerciais com grande circulação de pessoas e mercadorias, porém as interações com os países vizinhos não são sempre as mesmas devido a diferenças geográficas como também a diferença no tratamento no qual estas recebem dos órgãos dos Estados e o tipo de relação mantida com povos vizinhos.



As cidades-gêmeas, diferente das demais cidades, podem ser destacadas por seu grande potencial de integração econômica e cultural, sendo caracterizadas por “adensamentos populacionais cortados pela linha de fronteira – seja seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura” (BRASIL. Ministério da Integração Nacional, 2004, p.152), ou seja, estão proporcionalmente localizadas dos dois lados da fronteira parecendo que uma cidade é extensão da outra, são o meio geográfico que melhor caracterizam a zona de fronteira, que pode ser definida como um “espaço de interação, uma paisagem específica, com espaço social transitivo, composto por diferenças oriundas da presença do limite internacional, e por fluxos e interações transfronteiriças” (BRASIL. Ministério da Integração Nacional, 2005, p. 21).

Os estados do Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Sul concentram o maior número de cidades-gêmeas, porém a maior delas é Foz do Iguaçu pertencente ao estado do Paraná. No Arco Sul as cidades-gêmeas são: no Paraná Guaíra - Salto Guairá e Foz do Iguaçu - Puerto Iguazu-Ciudad Del Leste; em Santa Catarina Dionísio Cerqueira - Bernardo Irigoyen e no Rio Grande do Sul São Borja - Santo Tomé, Itaqui – Alvear, Uruguaiana - Paso de Los Libres, Barra do Quaraí - Monte Caseros - Bella Unión, Quaraí - Artigas, Santana do Livramento - Riviera, Acequá - Acequa, Jaguarão - Rio Branco, Chui - Chuy e Porto Xavier - San Javier.

Nas interações transfronteiriças as cidades-gêmeas possuem um fluxo do lado mais pobre para o lado mais rico do limite internacional, os trabalhadores procuram as oportunidades que o Estado mais desenvolvido oferece. As terras e outros recursos naturais também são elementos incentivadores do fluxo transfronteira, no qual estes são mais baratos no país menos desenvolvido. Outro elemento que estimula o fluxo transfronteira são os serviços de consumo coletivo principalmente os relativos a saúde e educação, com domínio de fluxos voltados ao Brasil.

Nas zonas de fronteira a circulação de pessoas e mercadorias faz parte do modo de viver da população que procura aproveitar os recursos e vantagens que este tipo de localização pode oferecer. As fronteiras ao mesmo tempo em que separam, aproximam; atraem atividades legais como o comércio e o turismo, e ilegais como o contrabando e a prostituição, portanto a fronteira é por um lado um fator de integração e por outro um objeto permanente da preocupação dos estados no sentido de controle e vinculação.



## 5 INDICADORES SOCIAIS

Os indicadores sociais surgiram no século XX junto à consolidação das atividades de planejamento do setor público, quando a proporção do crescimento econômico em relação às condições sociais da população dos países do terceiro mundo tornou-se irregular, ou seja, o crescimento econômico não garantia o desenvolvimento social, pois continuavam os altos níveis de pobreza e as desigualdades sociais em diversos países.

A desigualdade social no Brasil, apesar dos grandes avanços nos indicadores básicos de saúde, persiste, de acordo com Cetolin (2005, p.87):

A elevada concentração de renda do país permaneceu estagnada e cerca de 25 milhões de pessoas vivem em condições miseráveis, com quantias insuficientes para suprir sequer as necessidades diárias de alimentação. Agravada por variáveis regionais, de gênero, raça, educação, a desigualdade social produz efeitos drásticos sobre as condições de vida e mortalidade da população.

Diminuir as desigualdades sociais existentes deve ser o objetivo central de toda política pública, a busca de alternativas relativas à equidade e a melhor qualidade dos serviços tornaram decisivas devido ao aumento das desigualdades e das condições de vida e saúde das populações.

Na área da saúde os indicadores sociais são utilizados para quantificar e avaliar o estado de saúde da população através de dados referentes à morbidade, acesso a serviços, incapacidade, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros. Os indicadores nesta área, têm a função de analisar a situação sanitária da população e vigilância das condições de saúde, pois discussões atuais apontam questões e situações excludentes de uma grande parcela da população. De acordo com o Ministério da Saúde:

Se forem gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores de saúde constituem ferramenta fundamental para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis. Um conjunto de indicadores de saúde tem como propósito produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, inclusive documentando as desigualdades em saúde. Essa evidência deve servir de base empírica para determinar grupos humanos com maiores necessidades de saúde,



estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas. Constitui, assim, insumo para o estabelecimento de políticas públicas e prioridades melhor ajustadas às necessidades de saúde da população. Além de prover matéria prima essencial para a análise de saúde, a disponibilidade de um conjunto básico de indicadores tende a facilitar o monitoramento de objetivos e metas em saúde, estimular o fortalecimento da capacidade analítica das equipes de saúde e promover o desenvolvimento de sistemas de informação de saúde intercomunicados. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002, p.12)

Para os formuladores e executores de políticas públicas, portanto, os indicadores servem de apoio para a análise de uma determinada situação, informando algo sobre um aspecto da realidade social ou sobre as mudanças que estão acontecendo na mesma, prestando subsídio as atividades de planejamento público ajudando a estabelecer políticas públicas e prioridades às necessidades de saúde da população, propondo mudanças através dos resultados obtidos, concedendo condições necessárias à existência humana, quando falta a população condições para fazê-lo.

Em termos gerais, os indicadores são:

Medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002, p.11)

Os indicadores podem ser agrupados em subconjuntos no qual estão os demográficos, sócio-econômicos, mortalidade, morbidade e fatores de riscos e recursos e cobertura. Os indicadores demográficos, os socioeconômicos e de recursos e cobertura são os utilizados nesta pesquisa merecendo um destaque especial, seguindo abaixo algumas de suas denominações e conceituações:

- **População total:** Número total de pessoas residentes em determinado espaço geográfico no ano considerado.
- **Grau de urbanização:** Percentual da população residente em áreas urbanas, em determinado espaço geográfico no ano considerado.
- **Taxa bruta de natalidade:** Número de nascidos vivos por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- **Taxa população maior 60 anos:** Percentual de pessoas com 60 anos de idade, na população total residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.



- **Taxa população menor 05 anos:** Percentual de pessoas com menos de cinco anos de idade, na população total residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- **Taxa bruta de mortalidade:** Distribuição percentual dos óbitos por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- **Taxa de mortalidade infantil - 01 ano:** Distribuição percentual dos óbitos de crianças menores de um ano de idade, por faixa etária, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- **Taxa de mortalidade materna:** Número de óbitos femininos por causas maternas, por 100 mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- **Taxa de analfabetismo:** Percentual de pessoas de 15 anos e mais de idade que não sabem ler ou escrever pelo menos um bilhete simples, no idioma que conhecem, na população total residente da mesma faixa etária, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- **PIB per capita:** Valor médio agregado por indivíduo, em moeda corrente e a preços de mercado, dos bens e serviços finais produzidos em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- **Número de leitos hospitalares SUS:** Número de leitos hospitalares conveniados ou contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- **Cobertura de rede de água:** Percentual da população residente servida por rede geral de abastecimento, com ou sem canalização, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- **Cobertura de rede de esgoto:** Percentual da população residente que dispõe de escoadouro de dejetos através de ligação à rede coletora ou fossa séptica, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002, p.22).

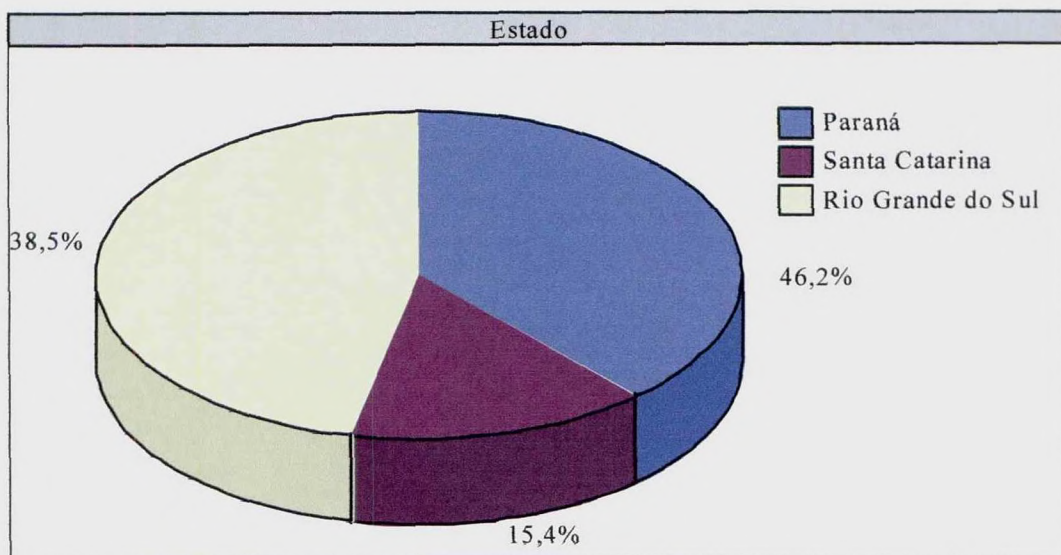
A qualidade de um indicador depende dos componentes utilizados em sua formulação, seu grau de excelência é definido por sua validade e sua confiabilidade, ou seja, deve ter competência para medir o que pretende e capacidade de reproduzir resultados iguais quando utilizados em circunstâncias semelhantes. Seus dados devem ser completos e com valores coerentes e sua análise e interpretação deve ser de forma clara para fácil entendimento dos usuários da informação. Através dos indicadores são informados a proporção em que ocorre um determinado fenômeno.

Sendo bem utilizados os indicadores sociais são instrumentos para enriquecer a interpretação da realidade social além de contribuir para o registro das carências a serem atendidas nas diversas áreas de intervenção.

## 6 PERFIL DOS MUNICÍPIOS NA LINHA DE FRONTEIRA

A análise teve como foco os municípios brasileiros da região Sul situados na linha de fronteira com os países do Mercosul com mais de 10.000 habitantes, ou pelo fluxo de estrangeiros ou ainda com algum aspecto particular referente à harmonização dos sistemas de saúde.

Dos municípios pesquisados 38,5% são pertencentes ao estado do Paraná, 15,4% pertencem ao estado Santa Catarina e 46,2% pertencem ao estado do Rio Grande do Sul, como mostra gráfico abaixo:



**Gráfico 1 - Estado**

Fonte: IBGE

No Rio Grande do Sul destacamos os seguintes municípios: São Borja, Santana do Livramento, Uruguaiana, Jaguarão, Bagé, Dom Pedrito, Chuí, Quaraí, Itaqui, Crissiumal, Porto Xavier e Santa Vitória do Palmar; em Santa Catarina temos os municípios de São José do Cedro, Guaraciaba, Dionísio Cerqueira e Itapiranga; e no Paraná destacamos os municípios de Barracão, Santa Helena, Missal, Planalto, Santo Antonio do Sudoeste, Capanema, Marechal Cândido Rondon, São Miguel do Iguaçu, Foz do Iguaçu e Guaíra.



Algumas características referentes a dados geográficos e históricos como data de fundação, colonização e aspectos econômicos relativos a cada município podem ser destacados, seguindo primeiramente os municípios do Rio Grande do Sul:

**Quarai:** A Lei nº 972 de 04 de abril de 1875 elevou a freguesia de São João Batista do Quarai em vila e em 26 de março de 1890 o ato nº 150 transforma a vila em cidade. Colonizado por portugueses e espanhóis este município possui uma economia baseada na tradição pecuarista, destacando-se na agricultura o plantio do arroz, porém o comércio e a indústria são responsáveis por uma grande parcela de arrecadação de impostos.

**Dom Pedrito:** Elevada a vila em 30 de outubro de 1872 pela Lei nº 815 esta cidade é conhecida como “Capital da Paz” sendo atingida por três revoluções Farroupilha. O município foi colonizado pelos espanhóis que desenvolveram o comércio e originaram a povoação. Sua riqueza está concentrada na agropecuária com a criação de bovinos, ovinos e eqüinos, porém a atividade predominante atual é a indústria do beneficiamento do arroz.

**Bagé:** Rainha da Fronteira Bagé está localizada na fronteira do Rio Grande do Sul a 60 Km do Uruguai. Colonizada por portugueses e espanhóis sua data de fundação é 17 de julho de 1811, sendo elevada à cidade em 15 de dezembro de 1859. Sua economia predominante é a agricultura, a pecuária, a indústria e o comércio.

**Santana do Livramento:** Os primeiros colonizadores foram os índios Charruas e Minuanos logo após vieram os jesuítas espanhóis, portugueses e italianos. Cognominada oficialmente como “Fronteira da Paz” este município nasceu de um período de guerras, sua data de criação foi em 10 de fevereiro de 1857 pela Lei nº 351, porém a data oficial é 1823. A economia predominante deste município é a pecuária, a ovinocultura, a agricultura, a indústria e a vitivinicultura.

**Santa Vitória do Palmar:** Criada em 30 de outubro de 1872 pela Lei nº 808 emancipou-se de Rio Grande e tornou-se cidade em 1888. Colonizada por portugueses, espanhóis e italianos, sua economia está voltada para a pecuária e a agricultura.

**São Borja:** Nasceu a partir do desmembramento do município de Rio Pardo através da Lei nº 1614 em 12 de dezembro de 1887, sua data de criação é 11 de março de 1833. Os índios foram os primitivos habitantes desse município deixando um legado na cultura e formação étnica, além de espanhóis, portugueses, africanos, germânicos, italianos, poloneses, árabes,



e outros. O carro chefe da economia local é o setor primário com o beneficiamento de grãos.

**Jaguarão:** Seus primeiros colonizadores foram os espanhóis seguidos pelos portugueses. Fundada em 06 de julho de 1832 desmembrou-se de Rio Grande e tornou-se cidade em 1855, sua economia está voltada para a pecuária, a agricultura com predominância na cultura do arroz e no comércio.

**Chuí:** Fundada em 28 de dezembro de 1995 sua população predominante é de brasileiros e uruguaios, porém a partir da década de 1970 iniciou-se um grande fluxo de árabes, principalmente palestinos no qual dominam a vida econômica, social e política da cidade nos últimos anos. A economia predominante do município é o turismo e o comércio.

**Crissiumal:** Habitado por indígenas quando em meados de 1930 chegaram os primeiros imigrantes, dentre eles alemães e italianos, este município foi criado através da Lei Estadual nº 2.533 sendo instalado em 28 de fevereiro de 1955 quando desmembrado de Três Passos. Sua economia é baseada no minifúndio, um sistema agropecuário voltado para a policultura.

**Porto Xavier:** Fronteira com a Argentina possui um porto internacional habilitado para a importação e exportação de produtos diversos além de possuir a única destilaria de álcool em atividade no estado, produzindo combustível para consumo próprio. Criado pela lei Estadual nº 5.214 de 06 de janeiro de 1966 e colonizado por europeus, sua atividade econômica predominante é a agricultura e a pecuária.

**Itaqui:** Colonizada por jesuítas espanhóis este município se desenvolveu com a atividade pecuária que até hoje é a marca econômica da região juntamente com a agricultura e a suinocultura. Criada em 06 de dezembro de 1858 pela Lei Estadual nº 419 sendo em 1879 elevada a categoria de cidade.

**Uruguaiana:** Fundada em 24 de fevereiro de 1843 emancipou-se em 29 de maio de 1846 pela Lei nº 58 de 29 de maio de 1846. Sua etnia foi originada por nômades indígenas além de colonizadores espanhóis, portugueses e africanos. Sua principal atividade econômica é a agropecuária com a lavoura de arroz e gado.

No estado de Santa Catarina destacam-se os seguintes municípios:



**São José do Cedro:** Colonizada por imigrantes gaúchos descendentes de italianos e alemães em busca de melhores condições de vida através da exploração da madeira, além das araucárias havia no local grande quantidade de cedros, dando origem ao nome do município. Fundada em 27 de julho de 1958 possui hoje como principal atividade econômica a agropecuária além de algumas indústrias e pequenas fábricas.

**Itapiranga:** Fundado em 30 de dezembro de 1953 e colonizado por alemães este município possui uma grande diversidade econômica tendo como principal atividade a agropecuária, com destaque para o cultivo de milho, fumo e feijão, além disso temos a criação de aves, suínos e gado de leite, e firmando-se, ainda, a indústria e a exploração do turismo. A Oktoberfest é a principal atração da cidade que triplica sua população no mês de outubro.

**Guaraciaba:** O nome Guaraciaba significa “raio de luz” em tupi-guarani, este município colonizado a partir da década de 1940 por descendentes de alemães e italianos e fundado em 01 de outubro de 1961, tem como principal atividade econômica a agropecuária que é responsável por 90% da arrecadação do município com destaque a cultura do milho, fumo e soja, além da criação de suínos, bovinos e aves.

**Dionísio Cerqueira:** Localizada na divisa de Santa Catarina e Paraná e na fronteira com a Argentina, o que levou ao Governo Federal a construir no município o único Porto Seco do Mercosul. Fundada em 14 de março de 1954 e colonizada por italianos e alemães possui como atividade econômica principal a agricultura, importação e exportação.

E finalmente no Paraná podemos destacar os municípios de:

**Capanema:** Criado através da Lei Estadual nº 790, de 14 de novembro de 1951, e instalado em 14 de dezembro de 1952. Em 1952 o município começou a ser explorado por colonos vindos de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul, estes cultivavam as terras férteis da região e através do dinamismo dos colonos o povoado cresceu e se desenvolveu. A indústria dominante deste município é a de produtos alimentares, têxteis, vestuário, calçados e tecidos, metalúrgica e material de transporte. Nos produtos agropecuários destacam-se o feijão, a soja e o milho.

**Planalto:** Ocupado em 1940 por colonos gaúchos e catarinenses com etnias diferentes como alemã e italiana. Criado através da Lei Estadual nº 4.731 de 24 de junho de 1963, e



instalado em 11 de novembro do mesmo ano, os principais produtos agropecuários deste município são o cultivo de soja, feijão e suínos; na indústria destacam-se os produtos alimentares, madeira e metalúrgica.

**Santo Antonio do Sudoeste:** Iniciou sua formação de povoado em 1912 com a vinda de pioneiros sendo que o comércio da erva mate era principal atividade econômica da região. Colonos vindos de outras localidades do Paraná e de Santa Catarina e Rio Grande do Sul trouxeram grande desenvolvimento para a região. O município de Santo Antonio do Sudoeste foi criado através da Lei nº 790 de 14 de dezembro de 1951, e instalado em 14 de dezembro de 1952, sendo desmembrado de Clevelandia. Na economia destacam-se a agropecuária e a indústria.

**Guaíra:** Criada através da Lei Estadual nº 790 de 14 de novembro de 1951 e instalada em 14 de dezembro de 1952, quando foi desmembrada de Foz do Iguaçu. Sua origem é em 1556 quando espanhóis fundaram a cidade Real de Guaíra. Na economia predomina a agropecuária, a indústria, o comércio e serviços.

**Santa Helena:** Em 1920 desembarcam no porto de Santa Helena as primeiras famílias encontrando ingleses que exploravam a erva-mate e a madeira. Criado através da Lei Estadual nº 5.497 de 03 de fevereiro de 1967 e instalado em 29 de dezembro de 1968 sendo desmembrado de Medianeira e Marechal Cândido Rondon. A economia do município está voltada para a agropecuária e serviços.

**Foz do Iguaçu:** Descoberta em 1552 por colonizadores espanhóis guiados em uma expedição por índios guaranis, sendo povoada por brasileiros somente a partir de 1888, esta cidade foi criada em 14 de março de 1914 pela Lei Estadual nº 1383 e instalado em 10 de junho do mesmo ano desmembrando-se de Guarapuava. Em 1939 o Parque Nacional do Iguaçu é criada e em 1974 iniciou-se a construção da barragem hidrelétrica de Itaipu. Nos aspectos econômicos destacam-se na indústria os produtos alimentares, madeira, produtos minerais não metálicos, vestuário e calçados e tecidos; nos produtos agropecuários destacam-se a soja, o milho e a banana, além do turismo ter grande influência na economia dessa região.

**Barracão:** Criado em 14 de novembro de 1951 através da Lei Estadual nº 790 e instalado em 14 de dezembro de 1952, a origem do nome deste município ocorreu devido ao formato da construção que dava abrigo aos tropeiros de erva-mate e viajantes. Colonos vindos do



nordeste do Rio Grande do Sul e sudoeste de Santa Catarina dedicavam-se ao cultivo de cereais, fumo e cana-de-açúcar. Hoje se destacam na indústria o material elétrico e de comunicação, vestuário, calçados e tecidos e produtos alimentares, nos produtos agropecuários podemos destacar o milho e bovinos.

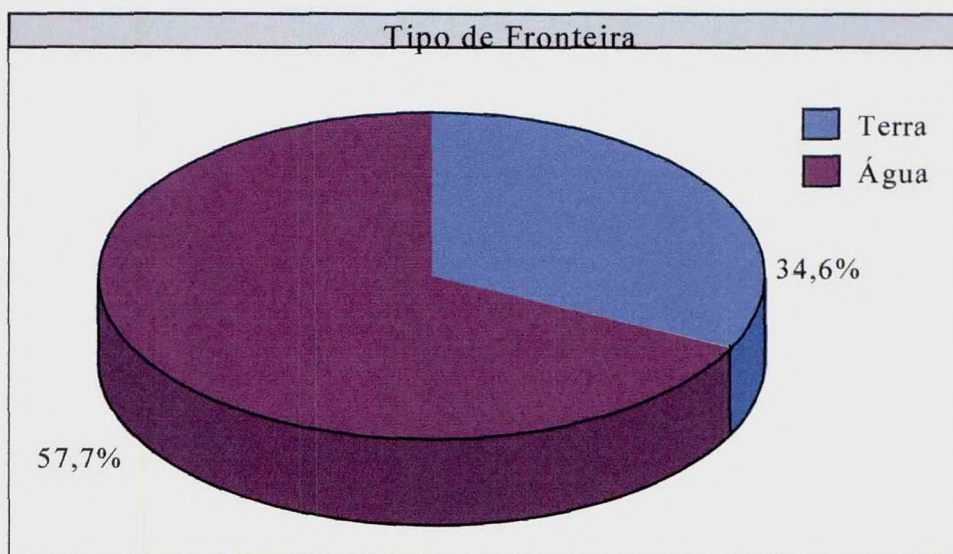
**Missal:** A ocupação desta região aconteceu na década de 1950 por correntes migratórias do Norte do Estado, de São Paulo, de catarinenses e gaúchos em busca de novas terras. Criada em 30 de dezembro de 1981 e instalado em 01 de fevereiro de 1983, Missal tem como atividade econômica dominante a agricultura, seguindo-se pela pecuária, as indústrias e o comércio.

**Marechal Candido Rondon:** Criado pela Lei Estadual nº 4.245 de 25 de julho de 1960 e instalado oficialmente em 02 de dezembro de 1961 quando desmembrado de Toledo este município foi construído principalmente por descendentes alemães. Nos aspectos econômicos a agropecuária, a indústria e a suinocultura são destaques.

**São Miguel do Iguaçu:** O município de São Miguel do Iguaçu foi instalado oficialmente em 28 de novembro de 1961 desmembrando-se de Foz do Iguaçu e Medianeira. As terras, que na época pertenciam a Foz do Iguaçu eram escassamente povoadas por espanhóis e portugueses e mais tarde por imigrantes europeus na maioria alemães e italianos. A madeira de lei, principalmente o cedro era a principal atividade econômica. Hoje, a economia está voltada para a agropecuária e serviços.

Nota-se o predomínio da colonização portuguesa, espanhola, alemã e italiana, com próspera e relativa base produtiva concentrada na agroindústria, na agricultura e na pecuária, sendo o Rio Grande do Sul marcado pela grande expansão territorial no cultivo de arroz; Santa Catarina com economia voltada para agropecuária e o Paraná por uma diversificada base econômica voltada para a agricultura além da exploração do turismo.

Quanto ao tipo de fronteira entre os municípios com os países do Mercosul predomina a água em 57,7% dos municípios, como mostra o gráfico a seguir:



**Gráfico 2 – Tipo de fronteira**

Fonte: IBGE

Com o predomínio da água o meio de articulação entre as fronteiras é a ponte de grande ou pequeno porte e a balsa, sendo a entrada de estrangeiros feita a pé pelas pontes mesmo com a existência de transporte coletivo entre um país e outro. As vias fluviais existentes entre as fronteiras exigem dos países limítrofes a disposição política e investimentos na construção de pontes para promoção da articulação e integração entre os países (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005, p. 153), já que a migração entre as cidades fronteiriças tem aumentado de forma significativa nos últimos anos.

## 6.1 Indicadores demográficos

Embora sejam pequenas cidades o perfil populacional desses municípios é variável, com referencia a população total estimada para o ano de 2004. Os dados apontam que 7,7% dos municípios possuem entre 0 a 9 mil habitantes, 38,5% possuem entre 10 a 20 mil habitantes, 15,4% possuem entre 21 a 30 mil habitantes, 7,7% possuem entre 31 a 40 mil habitantes, 11,5% possuem entre 41 a 50 mil habitantes, 3,8% possuem entre 61 a 70 mil habitantes.



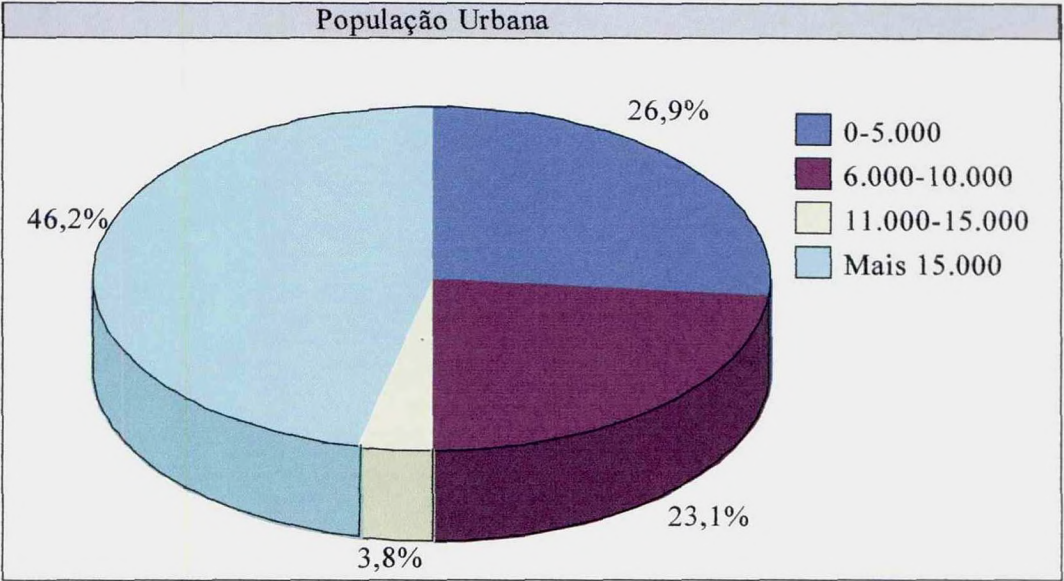
mil habitantes, 3,8% dos municípios possuem entre 91 a 100 mil habitantes e 4,9% dos municípios possuem mais de 100 mil habitantes.

Dos municípios pesquisados a cidade de Chuí é a que possui o menor número de habitantes, com pouco mais de 5 mil, enquanto a cidade de Foz do Iguaçu é a que possui o maior número, passando dos 250 mil habitantes. Verificou-se que em grande parte dos municípios a população está concentrada na área urbana como mostra a tabela abaixo:

<b>Município</b>	<b>População Total</b>	<b>População Urbana (%)</b>	<b>População Rural (%)</b>
Quaraí	24.002	91,91	8,09
Dom Pedrito	40.410	88,57	11,42
Bagé	114.908	84,66	15,33
Santana do Livramento	90.849	92,96	7,03
Santa Vitória do Palmar	33.304	83,92	16,07
Jaguarão	30.093	90,30	9,69
Chuí	5.167	94,03	5,96
Porto Xavier	11.190	49,76	50,23
Crissiumal	15.180	40,34	59,65
Itaqui	39.770	87,56	12,43
São Borja	64.869	88,29	11,70
Uruguaiana	126.936	93,38	6,61
Guaraciaba	11.038	39,54	60,45
Dionísio Cerqueira	14.250	60,42	39,57
Itapiranga	13.998	38,44	61,55
São José do Cedro	13.678	48,68	51,31
Capanema	18.239	51,04	48,95
Planalto	14.122	34,08	65,91
Santo Antonio Sudoeste	17.870	60,51	39,48
Guaira	28.659	86,80	13,19
Santa Helena	20.491	47,91	52,08
Foz do Iguaçu	258.543	99,21	0,78
Barracão	9.271	62,83	37,16
Missal	10.433	47,65	52,34
Mal. Candido Rondon	41.007	76,10	23,80
São Miguel do Iguaçu	24.314	58,62	41,37

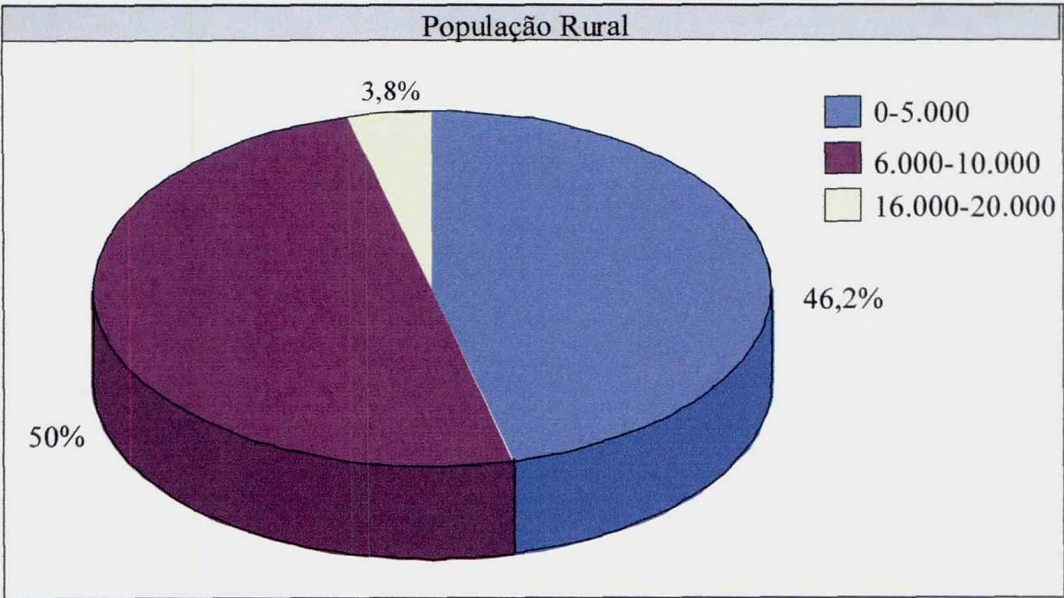
Fonte: Dados extraídos do Censo Demográfico 2000 - IBGE

Em 16 municípios a população residente na área urbana ultrapassa os 60%. De acordo com o gráfico abaixo se verifica que 46,2% dos municípios possuem uma população urbana de mais de 15 mil habitantes:



**Gráfico 3 – População urbana**  
Fonte: IBGE

Com referencia a população rural 50% dos municípios possuem entre 0 a 5 mil habitantes, conforme gráfico a seguir:



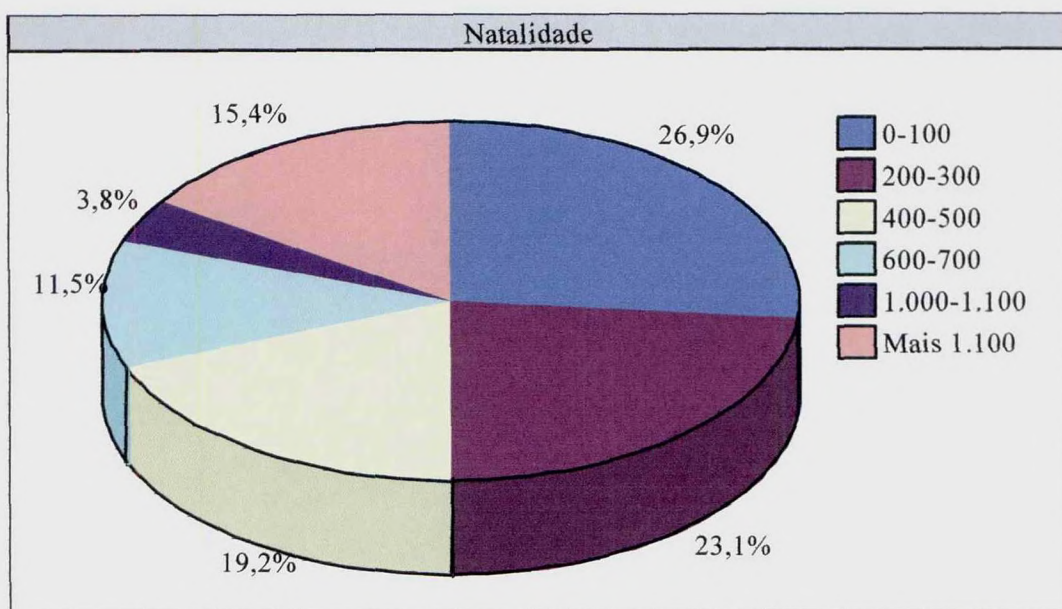
**Gráfico 4 – População rural**  
Fonte: IBGE



Dos 26 municípios pesquisados apenas 8 possuem população rural maior em relação a população urbana, dentre eles estão: Crissiumal, Porto Xavier, Guaraciaba, Itapiranga, São José do Cedro, Planalto, Santa Helena e Missal.

Em relação a taxa de natalidade 26,9% dos municípios pesquisados apresentam de 0 a 100 nascidos vivos, 23,1% apresentam de 200 a 300 nascidos vivos, 19,2% apresentam de 400 a 500 nascidos vivos, 11,5% apresentam de 600 a 700 nascidos vivos e em 19,2% dos municípios mais de 1 mil nascidos vivos destacando-se os municípios de Santana do Livramento, São Borja, Uruguaiana e Foz do Iguaçu.

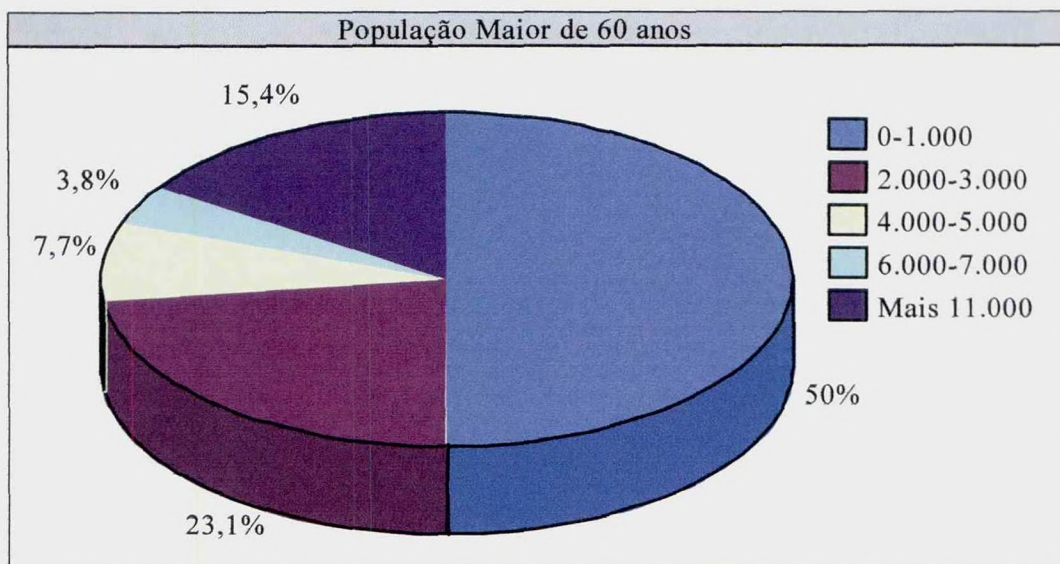
Chama a atenção a diversidade dos índices encontrados entre os municípios quanto aos nascidos vivos. Essa situação reflete, entre outros aspectos, a desigualdade na implementação das políticas de saúde, uma vez que em relação às condições sócio-econômicas as distinções são marcantes apenas em relação aos municípios maiores como Foz do Iguaçu, Uruguaiana, Santana do Livramento e São Borja.



**Gráfico 5 - Natalidade**

Fonte: Ministério da Saúde

Quanto à população com idade maior de 60 anos, 50% dos municípios possuem entre 0 a 1 mil idosos, 23,1% possuem entre 2 a 3 mil idosos, 7,7% possuem entre 4 a 5 mil idosos, 3,8% possuem entre 6 a 7 mil idosos e 15,4% possuem mais de 11 mil pessoas idosas, conforme gráfico 06:

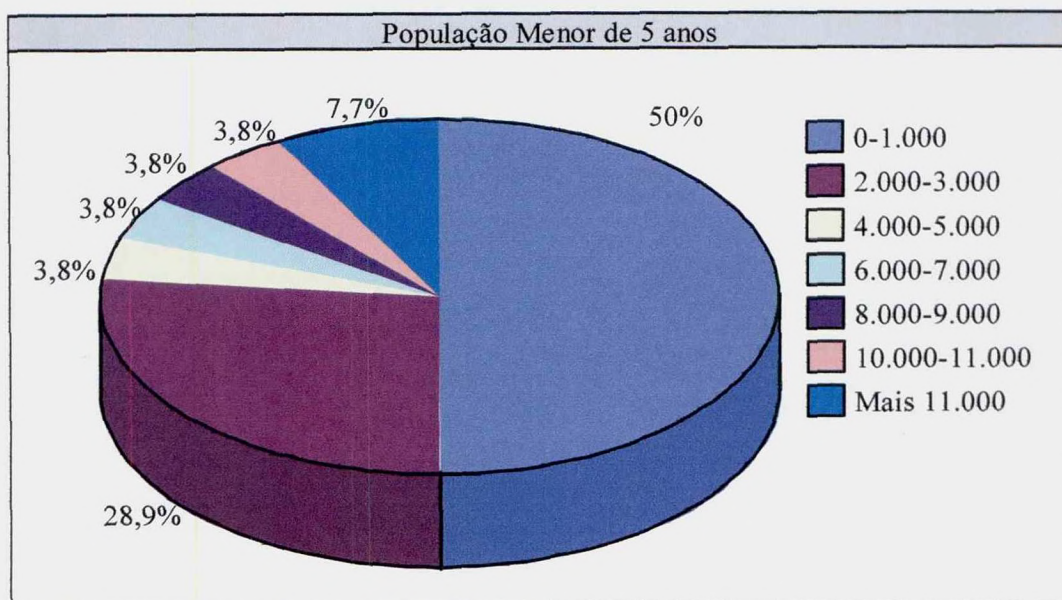


**Gráfico 6 – População maior de 60 anos**

Fonte: Ministério da Saúde

No que se refere à população infantil menor de 5 anos constatou-se que em 50% dos municípios há entre 0 a 1 mil crianças, 26,9% possuem entre 2 a 3 mil crianças, 3,8% possuem entre 4 a 5 mil crianças, em 3,8% entre 6 a 7 mil crianças, 3,8% entre 8 a 9 mil crianças, 3,8% entre 10 a 11 mil crianças e 7,7% dos municípios possuem mais de 11 mil crianças.



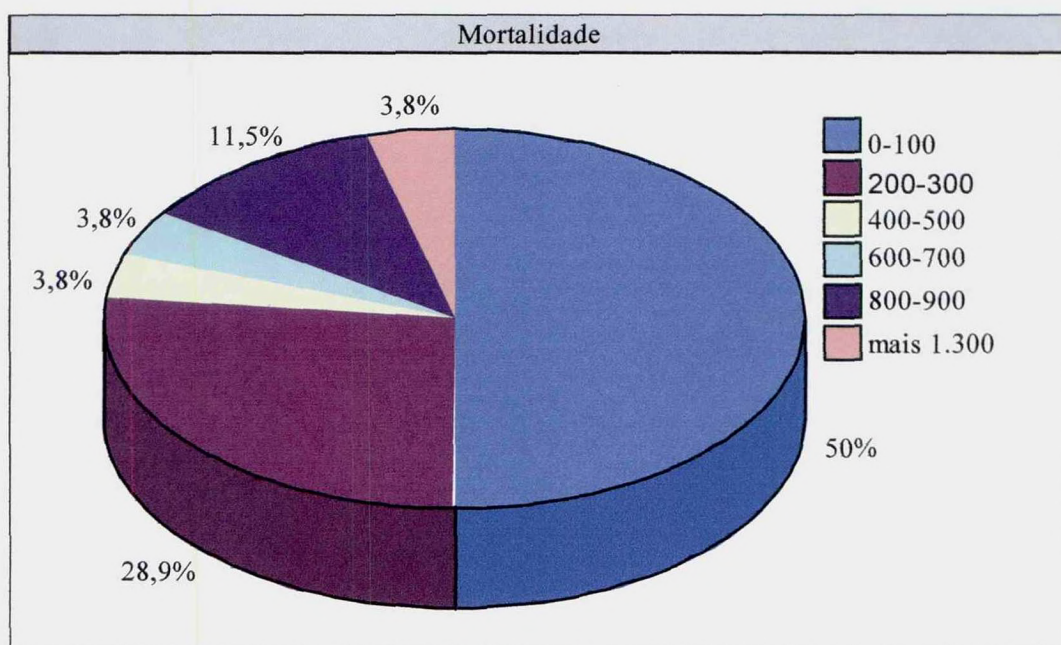


**Gráfico 7 – População menor de 5 anos**

Fonte: Ministério da Saúde

## 6.2 Indicadores de saúde

A taxa de mortalidade nestes municípios gira em torno de 0 a 1.300 óbitos, sendo que em 50% dos municípios o número de óbitos é de 0 a 100, em 28,9% são de 200 a 300 óbitos, em 3,8% são de 400 a 500 óbitos, 3,8% são de 600 a 700 óbitos, 11,5% são de 800 a 900 e 3,8% dos municípios apresentaram mais de 1.300 óbitos conforme gráfico abaixo:

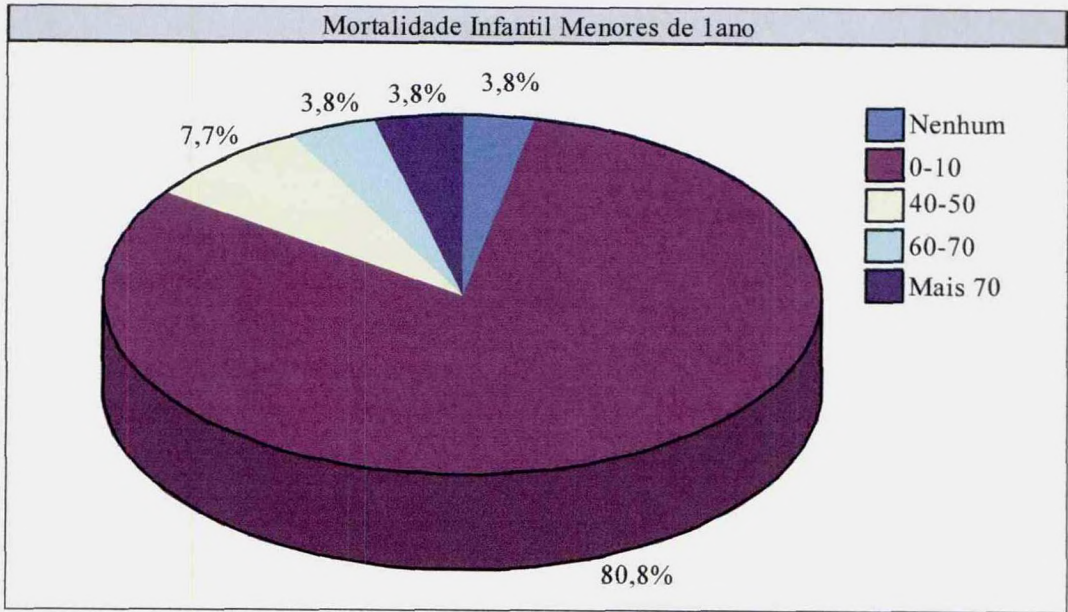


**Gráfico 8 - Mortalidade**

Fonte: Ministério da Saúde

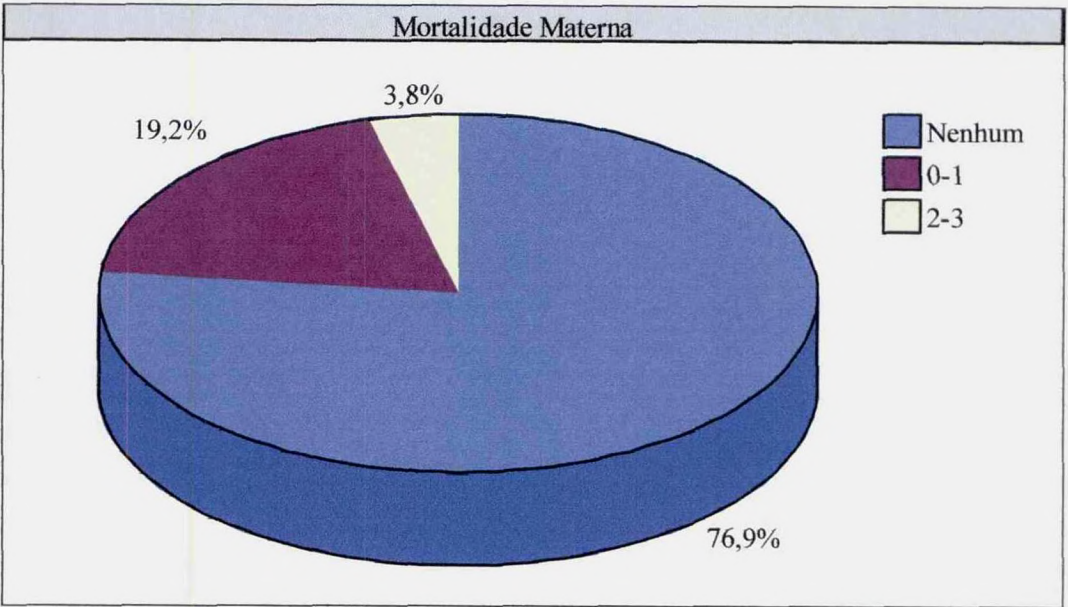
Quanto à taxa de mortalidade infantil no ano de 2002 apenas 3,8% dos municípios não possuíram nenhum óbito, 80,8% dos municípios tiveram entre 0 a 10 óbitos infantis, 7,7% tiveram entre 40 a 50 óbitos, 3,8% entre 60 e 70 óbitos e com mais de 70 óbitos estão 3,8% dos municípios.





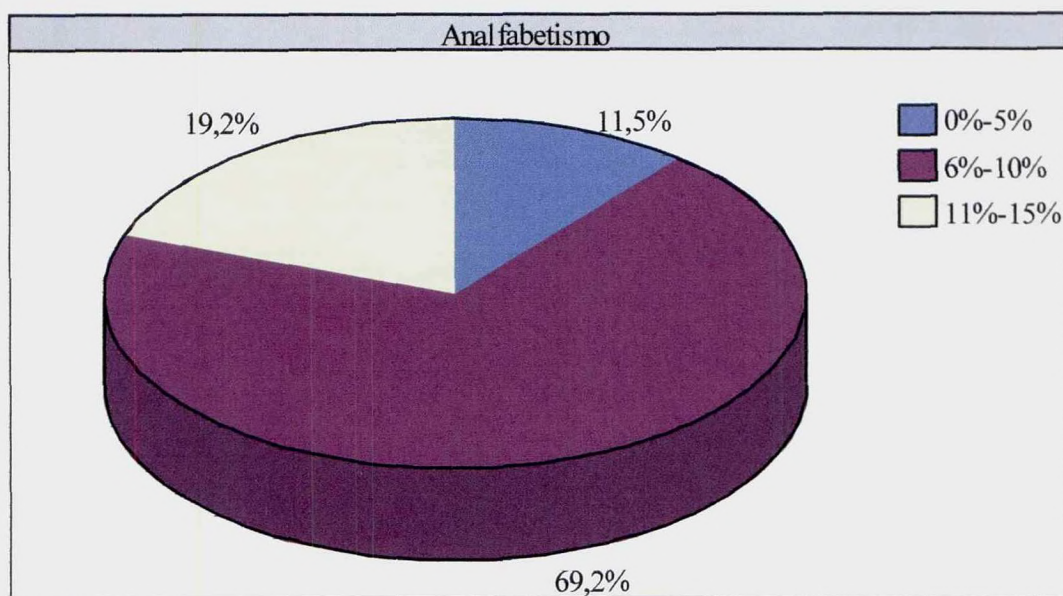
**Gráfico 9 – Mortalidade infantil menores de 1 ano**  
 Fonte: Ministério da Saúde

Com relação à mortalidade materna verificou-se que em 76,9% dos municípios não ocorreram nenhum óbito por causas maternas no ano de 2002, em 19,2% ocorreu apenas um óbito e em 3,8% de 2 a 3 óbitos, conforme gráfico 10:



**Gráfico 10 – Mortalidade materna**  
 Fonte: Ministério da Saúde

Em relação à dimensão sócio-econômica a taxa de analfabetismo é de 6 a 10% em 69,2% dos municípios conforme gráfico abaixo:

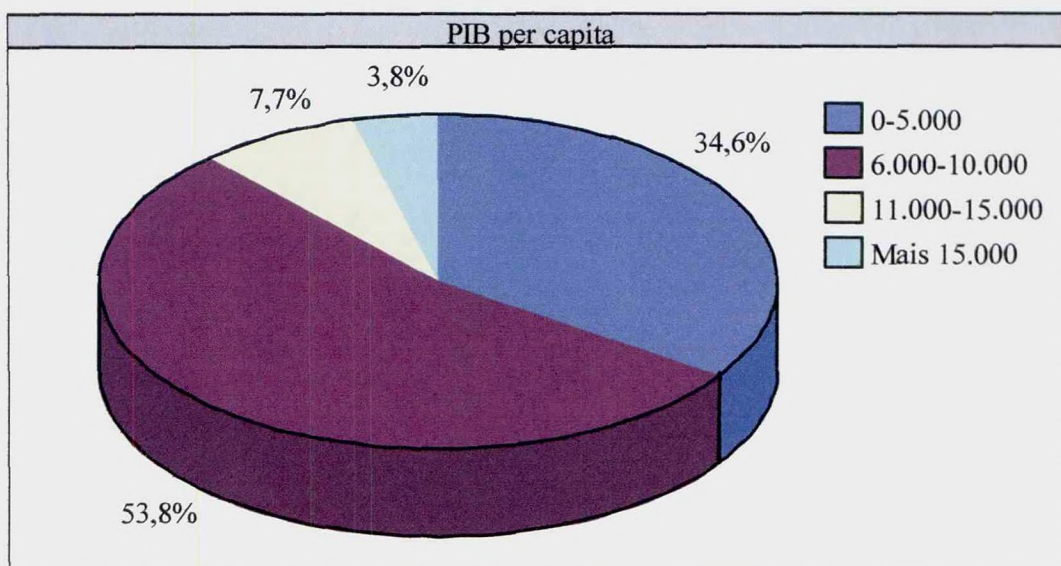


**Gráfico 11 – Analfabetismo**

Fonte: Ministério da Educação

Ainda no que diz respeito à dimensão sócio-econômica o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH oscila entre 0,700 a 0,800 em todos os municípios, a renda média mensal gira entre R\$ 300,00 e R\$ 400,00 em 52% dos municípios. O PIB per capita em 53,8% dos municípios é entre R\$ 6.000 a R\$ 10.000 conforme nos mostra o gráfico a seguir:



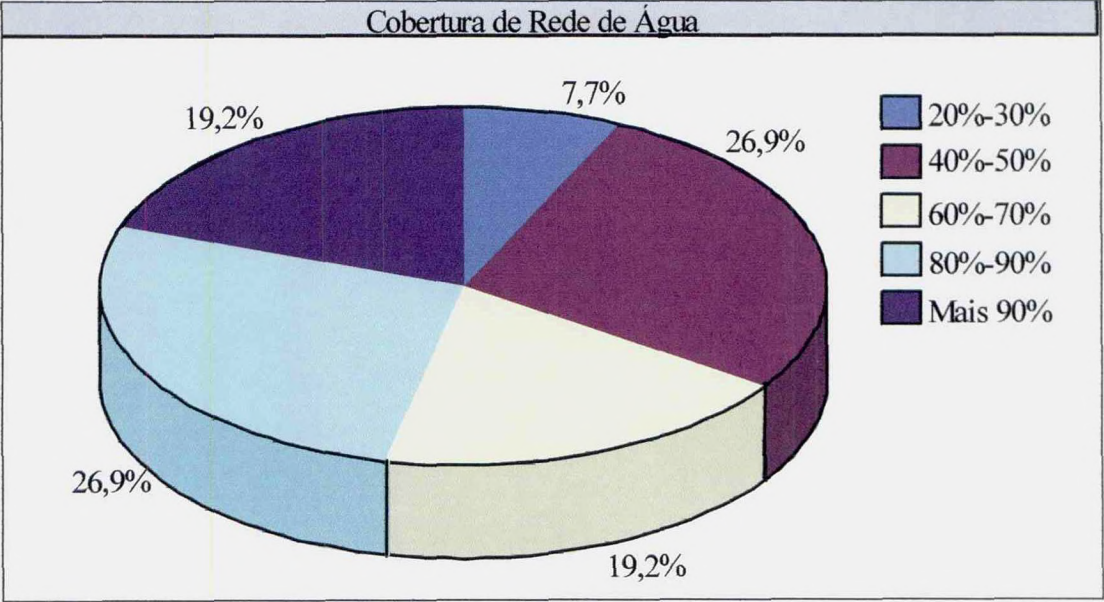


**Gráfico 12 – PIB per capita**

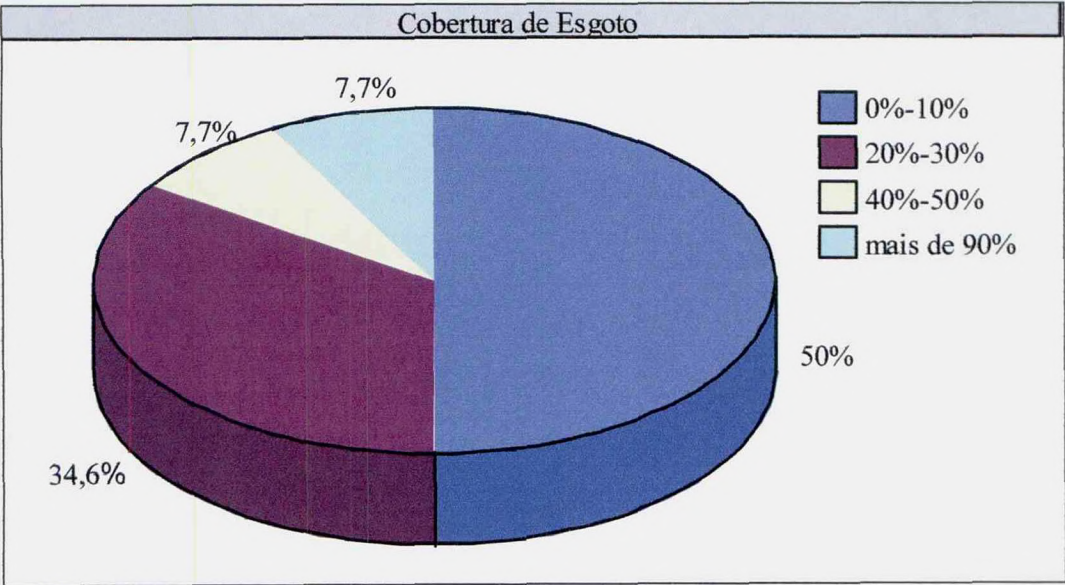
Fonte: IBGE

Com referencia aos recursos e cobertura 53,8% dos municípios apresentaram entre 40% e 50% e entre 80% e 90% de domicílios com rede de água e apenas 5 municípios, ou seja, 7,7%, possuem mais de 90% de domicílios com cobertura de água destacando-se os municípios de Bagé, Jaguarão, Uruguaiana, Santa Helena e Foz do Iguaçu.

Na rede de esgoto 50% dos municípios possuem entre 0 a 10% de domicílios com rede de esgoto e apenas 7,7% dos municípios possuem mais de 90% domicílios com rede de esgoto. Os gráficos referentes à cobertura de água e esgoto podem ser verificados a seguir:



**Gráfico 13** – Cobertura rede de água  
Fonte: Ministério da Saúde

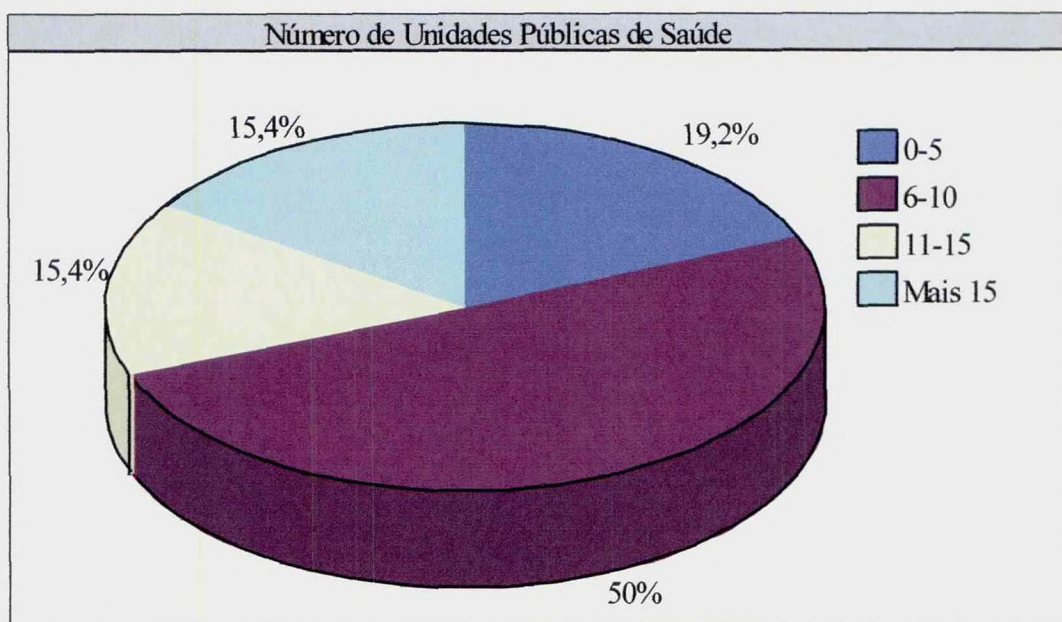


**Gráfico 14** – Cobertura rede de esgoto  
Fonte: Ministério da Saúde



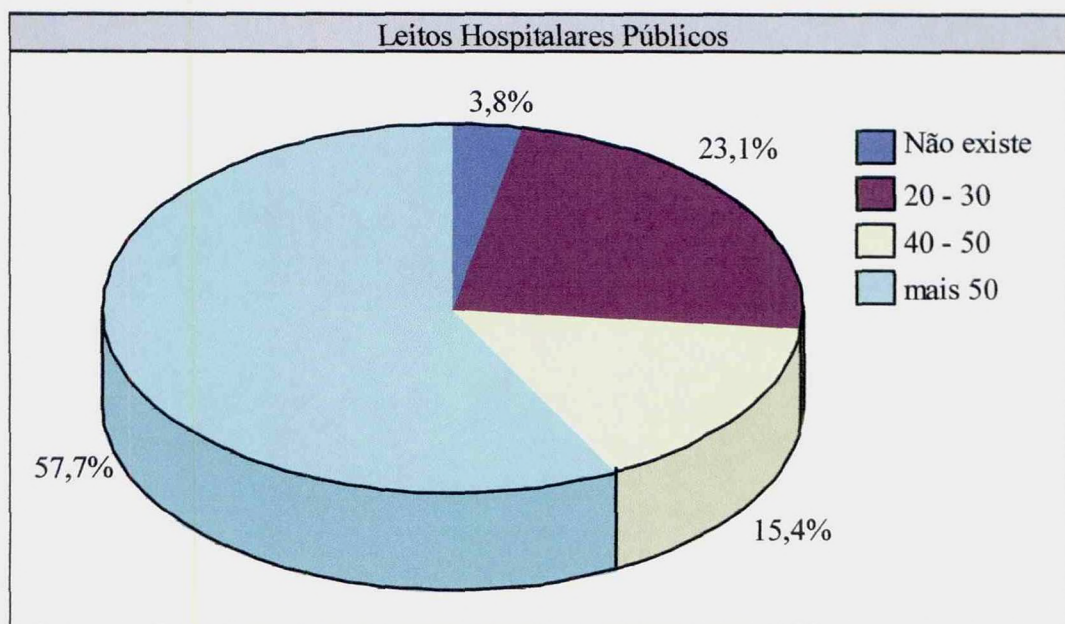
### 6.3 Rede instalada

No que diz respeito ao tipo de gestão utilizada pelos municípios na área da saúde 50% possuem sistema de gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA), seguindo-se com 30,8% Plena do Sistema de Atenção Básica (GPAB) e 11,5% Plena do Sistema Municipal de Saúde (GPSM). Ainda referente aos recursos e coberturas verificou-se que 50% dos municípios possuem entre 6 a 10 unidades públicas de saúde. Quanto aos leitos hospitalares públicos 57,7% possuem mais de 50 leitos hospitalares públicos, conforme gráficos 15 e 16:



**Gráfico 15** – Números de unidades públicas de saúde

Fonte: IBGE



**Gráfico 16 – Leitos hospitalares**

Fonte: IBGE

Predominam na linha de fronteira hospitais privados conveniados com o SUS atendendo inclusive os estrangeiros que procuram os serviços devido principalmente a gratuidade do sistema, a proximidade da residência e a qualidade dos serviços, gerando uma sobrecarga no sistema.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde é consequência das condições de vida em que vive uma população, portanto é um direito não só do indivíduo, mas sim de toda sociedade, sendo o resultado de condições de alimentação, moradia, educação, etc. Porém cada vez menos pessoas tem acesso a essas condições básicas de sobrevivência, implicando no aparecimento de doenças e conseqüentemente no aumento da procura por hospitais e postos de saúde.

Mendes (1996, p. 258 apud CETOLIM 2005, p.161) em relação à promoção da saúde trás:

Saúde, como expressão da qualidade de vida, resulta da ação sobre os determinantes, sobre o estado de saúde e sobre suas consequências. Portanto, os serviços de saúde ainda que importantes, são apenas um dos componentes da saúde. Assim, a construção social da prática da vigilância da saúde exige uma ação concomitante e coerente [...] projetos estruturantes.

A análise realizada nos municípios fronteira mostrou um agravamento da pobreza em grande parte da população, existindo uma grande concentração de renda e exclusão social, além de fracos recursos sociais.

A falta de emprego é um dos fatores que influenciam na saúde da população impedindo o acesso à renda e conseqüentemente aumenta o quadro de pobreza e a perda dos direitos básicos do cidadão, como o acesso e a garantia à saúde. A participação no mercado de trabalho é uma forma de inclusão das pessoas na sociedade, o desemprego e a falta de dinheiro afetam a vida da população sendo as causas mais importantes da pobreza.

A escolaridade também é outro fator que ajuda a influenciar nas condições de saúde principalmente em relação à atenção a saúde das crianças ajudando na formulação de auto cuidado em saúde além de ser um fator condicionante para a situação socioeconômica da população. A educação serve como um papel diferenciador e seletivo, pois se todos tivessem acesso ao mesmo tipo de educação, podendo inclusive concluí-la, haveria uma situação de igualdade de oportunidade para todos mesmo com um mercado de trabalho restrito.



Outro fator analisado foi referente ao saneamento básico que é extremamente importante para o desenvolvimento socioeconômico dos municípios sendo uma promoção da saúde do ser humano além de conservar o meio ambiente, porém notou-se que existem ainda municípios com insuficiências e desigualdades na sua distribuição, no qual grande parte dos esgotos não é tratado. Com relação ao abastecimento de água a cobertura nos municípios apresentou-se relativamente boa. A água sendo de boa qualidade, contribui para o declínio da mortalidade infantil por causas infecciosas e parasitárias.

As taxas de mortalidade também são muito usadas para diagnosticar a situação de saúde ajudando a acompanhar o perfil epidemiológico de uma população. A mortalidade materna é um indicador consistente sobre a saúde da mulher, apesar de baixa nos municípios analisados ela pode ser evitada, através da melhoria da qualidade de assistência ao parto e ao pré-natal. Para o Ministério da Saúde a mortalidade materna demonstra as iniquidades existentes em determinada região, podendo ser na maioria das vezes evitada (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004).

A mortalidade materna juntamente com a infantil, mesmo sendo relativamente baixas, estão diretamente ligadas à condição de vida, sofrendo influências sociais e econômicas de uma população. A redução dessas mortes pode estar ligada à ampliação do saneamento básico com o aumento de domicílios abastecidos com água, ampliação da oferta de serviços de saúde, implantação de programas voltados para a saúde da criança e da mulher, ou seja, com o combate a doenças infecciosas como diarreia, pneumonia e desnutrição e a ampliação do saneamento básico.

De acordo com o Ministério da Saúde a mortalidade materna e a infantil devem ser prioridades do governo, devendo o Sistema Único de Saúde estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da criança e da mulher, com ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004).

A promoção da atenção integral a saúde é dificultada nos municípios de fronteira devido à falta de recursos especializados, a insuficiência de equipamentos para a realização de procedimentos de média e alta complexidade e a distância entre os municípios e os centro de referência, porém o mesmo acontece com os países que são fronteira com o Brasil, acarretando um grande fluxo de estrangeiros entre um país e outro. O acesso aos serviços de saúde da população fronteiriça exige uma cooperação técnica e financeira dos



poderes públicos municipais, estaduais e federais sendo estes responsáveis pela gestão de um sistema integral, atendendo pessoas independente do país de origem.

A oferta dos serviços de saúde depende da capacidade de cada município instalar recursos técnicos e humanos e equipamentos, devendo aperfeiçoar a gestão dos serviços já que os municípios são responsáveis pelo atendimento das necessidades de sua população.

O desenvolvimento do setor saúde é um instrumento para o aumento da inclusão social, capaz de estimular o desenvolvimento sustentável e integrado, estando relacionado ao combate a pobreza. (COSTA, 2004 apud CETOLIN, 2005), portanto condições habitacionais inadequadas, desemprego, renda baixa, analfabetismo, entre outros são fatores que interferem profundamente na saúde da população.

As análises feitas são fontes de informações úteis para os gestores do sistema de saúde e profissionais do Serviço Social, trazendo informações importantes para o desenvolvimento de uma construção de novos olhares e intervenções na saúde da população residente nos municípios fronteiriços.

## REFERÊNCIAS

ANAIAS DA CONFERÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 8., 1976, Brasília.  
**Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1976.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, abr./jun. 2004. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/scielo.php](http://www.scielo.br/scielo.php)>. Acesso em: 17 dez. 2005.

ARRETCHE, Marta. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 14, n. 40, jun. 1999. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/scielo.php](http://www.scielo.br/scielo.php)>. Acesso em: 27 set. 2005.

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias do governo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2002. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/scielo.php](http://www.scielo.br/scielo.php)>. Acesso em: 17 set. 2005.

BAGÉ. Prefeitura Municipal. Disponível em: <<http://www.bage.rs.gov.br>>. Acesso em: 16 out. 2005.

BRASIL. Ministério da Educação. **Indicadores e estatísticas**. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br>>. Acesso em: 30 out. 2005.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. **Proposta de reestruturação do programa de desenvolvimento da faixa de fronteira**: bases de uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira. Brasília(DF): Ministério da Integração Nacional, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Brasília(DF): Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, 2002.



BRASIL.Ministério da Saúde. **Informações de saúde**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/datasus/datasus/php>>. Acesso em: 23 out. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência a Saúde – SUS, de 26 de janeiro de 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS, de 06 de novembro de 1996**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2004**: uma análise da situação de saúde. Brasília(DF): Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL.Ministério da Saúde. **SIS-Mercosul**: uma agenda para a integração. Brasília(DF): [s.n], 2004.

CASTMANN, Daniela. **Reformas no Brasil**. In. NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro e SIMIONATO, Ivete (orgs.) Dilemas do Mercosul: Reforma do Estado, direito à saúde e perspectivas da agenda social. Florianópolis: Lagoa, 2004.

CETOLIN, Sirlei Fávero. **Do samba ao tango e vice-versa**: a dança pela desconstrução de divisas (in) visíveis em torno do direito à saúde na região das três fronteiras do mercosul. 2005. 185 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós graduação da Faculdade de Serviço Social, Curso de Serviço Social, Porto Alegre. 2005.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 17 set. 2005.

DOM PEDRITO. Prefeitura Municipal. Disponível em: <<http://www.dompedrito.org.br/historico.htm>>. Acesso em: 23 out. 2005.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. **Municípios**. Disponível em: <<http://www.fee.rs.gov.br>>. Acesso em: 16 out. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php>>. Acesso em: 30 out. 2005.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristini Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 17 set. 2005.

MENDES, Eugenio Vilaça. **Distrito sanitário**: o processo social de mudanças nas práticas sanitárias do SUS. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1995.

NUNES, André. et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Brasília(DF): Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS, 2001.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Projeto de Pesquisa Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde. Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. 2003.

\_\_\_\_\_. Relatório de pesquisa - Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde. Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. 2003.

NORONHA, José Carvalho de; LEVCOVITZ, Eduardo. **AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito a saúde**. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (orgs.). Saúde e sociedade no Brasil – anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará / ABRASCO. 1995

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Estudo da rede de serviços de saúde na região fronteira**: Argentina - Brasil – Paraguai 2001 –2002. Brasília:[s.n], 2004.



PARANÁ. Governo do Estado. **Municípios**. Disponível em: <<http://www.paranacidade.org.br>>. Acesso em: 16 out. 2005.

QUARAÍ. Prefeitura Municipal. Disponível em: <<http://www.quarai.rs.gov.br>>. Acesso em: 16 out. 2005.

SANTA CATARINA. Governo do Estado. **Municípios**. Disponível em: <<http://www.sc.gov.br>>. Acesso em: 16 out. 2005.

SANTANA DO LIVRAMENTO. Prefeitura Municipal. Disponível em: <<http://santanadolivramento.rs.gov.br>>. Acesso em: 16 out. 2005.

SÃO BORJA. Prefeitura Municipal. Disponível em: <<http://www.saoborja.rs.gov.br>>. Acesso em: 16 out. 2005.

SÃO MIGUEL DO IGUAÇU. Prefeitura Municipal. Disponível em: <<http://www.saomiguel.pr.gov.br>>. Acesso em: 13 dez. 2005.

SCHWARTZMAN, Simon, REIS, Elisa P. **Pobreza e exclusão**. In: MARIÓ-GACITÚA, Estanislao, WOOLCOCK, Michael (orgs.). Exclusão social e mobilidade no Brasil. Brasília: Ipea, [ 200-].

SOUZA, Celina. Intermediação de interesses regionais no Brasil: o impacto do federalismo e da descentralização. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 28 set. 2005.

\_\_\_\_\_. Federalismo e gasto social no Brasil: tensões e tendências. **Lua Nova Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 52, 2001.

SOUZA, Renilson Rehem. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 17 set. 2005.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, 2002. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/scielo.php](http://www.scielo.br/scielo.php)>. Acesso em: 17 set. 2005.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; LIMA, Luciana Dias; OLIVEIRA, Roberta Gondim de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2002. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/scielo.php](http://www.scielo.br/scielo.php)>. Acesso em: 27 set. 2005.

URUGUAIANA. Prefeitura Municipal. Disponível em: <<http://www.uruguaiana.rs.gov.br/histórico.htm>>. Acesso em 16 out. 2005.